SCIENCE
ET
DÉVOUEMENT



LE
SERVICE DE SANTÉ
LA
CROIX-ROUGE
LES
ŒUVRES DE SOLIDARITÉ
DE GUERRE
ET
D'APRÈS GUERRE







Monsieur **VILLAIN** Georges Léon

Dentiste militaire - service auxiliaire - Chirurgien dentiste au 13me Régiment d'Artillerie - Chef des services d'édentés - G. M. P. Chargé de missions en Angleterre, aux Etats-Unis et au Canada Fondateur-directeur de l'école de rééducation aux mutilés et d'éducation technique aux veuves de guerre de l'école dentaire de Paris — Promoteur du Congrès Dentaire Interallié (1916) Lettres de félicitations du Sous-Secrétaire d'Etat du service de santé et du Haut Commissariat général des affaires de guerre franco-américaines

Dans l'admirable effort de la France assaillie, le service de santé a pleinement rempli sa tache d'organisation et de progrès. La Patrie sera reconnaissante au personnel du service de santé, aux sociétés de Croix Rouge, aux œuvres de solidarité, de tant de vies sauvées, de tant de souffrances apaisées.

Justin Godart

SCIENCE ET DÉVOUEMENT

IL A ÉTÉ TIRÉ DE CET OUVRAGE

CINQ MILLE EXEMPLAIRES NUMÉROTÉS DE 1 A 5.000

RÉSERVÉS EXCLUSIVEMENT

AU PERSONNEL DU SERVICE DE SANTÉ

PENDANT LA GUERRE

(1914-1918)

Exemplaire n° 221

Science et Dévouement

LE SERVICE DE SANTÉ — LA CROIX-ROUGE
LES ŒUVRES DE SOLIDARITÉ DE GUERRE ET D'APRÈS-GUERRE

PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE MM.

J. ABADIE, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Médecin des Hôpitaux.
Docteur JACQUES BERTILLON.
BRIEUX, de l'Académie Française.
Docteur GEORGES BROUARDEL, Médecin de l'hôpital Necker, Membre de l'Office National des Mutilés.
JEAN CAMUS, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux, Ex-Chef des Services Centraux de kinésithérapie et de rééducation du Gouvernement militaire, de Paris.
Docteur CARLE, de Lyon.
Docteur F. CATHELIN, Chirurgien en Chef de l'hôpital d'Urologie. Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine. Médecin-Major, Chef du Centre urologique.
Docteur CHASSAING, Député du Puy-de-Dôme, Aide-Major de 1re classe à l'Ambulance auto-chirurgicale 21.
Docteur DIDIER CORVISY.
Docteur ACHILLE DELMAS, Ancien Chef de Clinique des Maladies mentales, Médecin des Asiles.
Docteur H. DOIZY, Député, Président de la Commission de l'Hygiène Publique. Vice-Président de la Commission consultative du Service de Santé.
L'Abbé H. D'ORGEVAL, Ancien Aumônier divisionnaire volontaire.
DUCO, Médecin-Inspecteur de l'Armée.
FIRMIN DUGUET, Médecin Major de 1re classe. Professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Docteur CH. DUJARIER, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
Docteur GEORGES DUMAS, Professeur à la Sorbonne.
RAY. DURAND-FARDEL, Président de la Société d'Hydrologie médicale de Paris.
PIERRE DUVAL, Médecin-Chef de l'Ambulance chirurgicale automobile 21. Chirurgien consultant de la 7e Armée.
Docteur JOE FAURE.
FÉVRIER, Médecin-Inspecteur général de l'Armée.
O. FLAJOLLET, Officier d'administration principal du Service de Santé militaire.
EUGÈNE FORGUE, Officier d'administration de 1re classe du Service de Santé militaire. Gestionnaire des A. G. S. S.
J. FROMENT, Professeur agrégé à la Faculté de Lyon. Médecin des Hôpitaux, consultant régional de neurologie.
L'Abbé A. GALLAY, Ancien Aumônier divisionnaire volontaire.
GIOVALUCCHI, Officier d'administration principal du Service de Santé militaire.
Docteur A. GOSSET, Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de la Salpétrière.
Docteur HARET, Radiologiste des Hôpitaux de Paris.
O. JACOB, Médecin-Inspecteur de l'Armée. Directeur du Val-de-Grâce.
OLIVIER JALLU, Avocat à la Cour de Paris.
JEAN-LORRIS.
LAFFORGUE, Médecin principal. Professeur agrégé des Facultés.
LAMONTAGNE, Officier d'administration de 1re classe du Service de Santé militaire au Sous-Secrétariat d'État.
Docteur DE LAPERSONNE, de l'Académie de Médecine. Professeur à la Faculté.
Docteur EDMOND LOCARD, Directeur du Laboratoire de police technique de Lyon.
Docteur ANDRÉ MONERY, Médecin-Chef du Musée du Val-de-Grâce.
Docteur LAURENT MOREAU, Médecin de 1re classe de la Marine.
Docteur H. MORESTIN, Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.
Professeur E.-J. MOURE, de Bordeaux.
Docteur PAUL MULON, Ex-Chef adjoint du Bureau militaire de la Croix-Rouge au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé militaire.
P. PELLISSIER, Docteur en pharmacie.
MAURICE PIHOUEE, Ingénieur des Arts et Manufactures. Officier d'administration de 1re classe, chargé du Service technique des A. G. S. S.
L. PLISSON, Médecin-Major de 1re classe. Répétiteur de chirurgie à l'École du Service de Santé militaire.
A. POULARD, Ophtalmologiste de l'hôpital Necker et des Enfants-Malades.
ARISTIDE QUILLET, Officier d'administration de 2e classe du Service de Santé militaire. Adjoint au Directeur du Musée du Val-de-Grâce.
Docteur PIERRE-LOUIS REHM.
RUOTTE, Médecin-Inspecteur de l'Armée.
A. SARTORY, Professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris. Professeur à l'Université de Strasbourg.
Docteur E. SAUVEZ, Dentiste des Hôpitaux de Paris. Professeur à l'École dentaire de Paris. Consultant du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé militaire.
Docteur SCHEFFLER, Membre de la Commission supérieure consultative médicale.
L. SENCERT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.
Docteur PIERRE TEISSIER, de l'Académie de Médecine. Professeur à la Faculté.

Secrétaire général : François ALBERT, Agrégé de l'Université.

Dédicace de M. Justin GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé Militaire
Poème liminaire de M. Maurice BOUCHOR
Préface de M. le Général MAUNOURY



ARISTIDE QUILLET
ÉDITEUR
278, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 278
PARIS (7e)



Phot. Henri MANUEL.

Justin Godart

A toutes celles

& à tous ceux

qui ont donné leurs soins et leur cœur

A toutes celles & à tous ceux
qui ont donné leurs soins et leur cœur.

Vous toutes et vous tous qui, dans ces jours cruels,
Vous penchez anxieux sur l'humaine souffrance,
Vous nous avez appris tout ce que notre France
A de purs dévouements et de cœurs fraternels.

Le savoir le plus haut, les plus humbles tendresses
Pour défendre la vie ont ardemment lutté.
Art profond, soins exquis, visages de bonté
Répondent aux cris sourds d'innombrables détresses.

Autant qu'il est possible, en cette immense horreur
De tout un monde en proie à la force barbare,
Vous êtes le pouvoir bienfaisant qui répare
Les crimes de l'aveugle et démente fureur.

Dans votre paix auguste, où n'entre point la haine,
Vous imposez silence à vos cœurs déchirés;
Même nos ennemis y deviennent sacrés;
Vous étendez sur eux votre pitié sereine.

Votre exemple, par sa lumineuse beauté,
Dans les cœurs les plus las ravive l'espérance.
Il nous dit : " Chérissez pieusement la France;
Ayez foi dans l'humanité. "

Maurice Bouchor

PRÉFACE

DE

M. le Général MAUNOURY

Le général Maunoury nous a fait l'honneur et le plaisir de composer une préface pour *Science et Dévouement*. Le glorieux chef de l'armée qui sauva Paris en remportant la victoire de l'Ourcq a fait connaissance avec le Service de Santé dans des conditions particulièrement cruelles. Atteint à la tête d'un projectile ennemi tandis qu'il inspectait une tranchée de première ligne, le général Maunoury fut disputé à la mort par les soins dévoués de nos médecins militaires. Toute leur science ne put malheureusement pas lui sauver la vue : le héros est demeuré aveugle.

Malgré cette affreuse infirmité, le général Maunoury, qui sut, à force de volonté tenace, assurer sa propre rééducation, a voulu écrire *de sa main* les pages qui suivent. C'est pourquoi nous avons tenu à en reproduire le *fac-similé*.

Monsieur,

Vous m'avez demandé d'écrire quelques lignes de Préface pour le grand Ouvrage que vous publiez sur le Service de Santé pendant la guerre actuelle. Je ne vous cacherai pas qu'écrire pour le Public est un peu embarrassant pour celui qui appartient depuis si longtemps à cette Armée qui m'a prodigué bien récemment le nom, jadis si bien mérité, de « la Grande Muette ». Mais, au moment où vous lui avez fait appel, le blessé de Mars 1915 ne pouvait refuser l'occasion qui se présentait d'exprimer son admiration et sa reconnaissance à ceux qui l'ont sauvé et à qui il doit d'être encore au milieu des siens.

Quand ils voient les résultats que le Service de Santé obtient aujourd'hui, les hommes de mon âge ne peuvent s'empêcher de reporter leur pensée vers la guerre de 1870, pendant laquelle, malgré la science et le dévouement des Médecins, presque tous les grands blessés, et même un bon nombre de blessés légers, succombaient dans les Hôpitaux à ce qu'on appelait alors l'infection purulente. Depuis cette époque, moins d'un demi-siècle a passé, et le tableau est totalement transformé. Actuellement, les blessures les plus graves guérissent, la mortalité hospitalière est tombée à un chiffre infime, la plupart des blessés reprennent leur place sur le front, et y apportent à nouveau la valeur de leur courage et de leur énergie.

Quelle éternelle et profonde reconnaissance la Patrie et l'Armée ne doivent-elles pas à ceux qui ont rendu possible une révolution aussi complète.

Pour appliquer à l'art de la guerre les principes de la science médicale moderne, il fallait un Personnel instruit et une organisation spéciale.

La mobilisation, en faisant appel à toutes les forces de la Nation, nous a fourni le personnel ; qu'on se rappelle ce moment solennel ; il est encore présent à toutes les mémoires.

Après de lourds et brefs grondements, le brusque coup de tonnerre du 1er Août 1914 vient de retentir. La France tout entière vibre d'indignation contre l'attaque injustifiée et depuis si longtemps préparée dont elle est l'objet ; tous acceptent, sans hésitation, le grand

Devoir que leur imposent la barbarie et la horde allemandes. Dès la première heure, les médecins militaires sont à leur poste; les jours suivants, ceux qui sont liés au service des Réserves abandonnent leur clientèle et leur foyer pour rejoindre les Corps indiqués sur leur feuille de mobilisation; ceux qui, par leur âge, n'appartiennent plus à l'armée mobilisée, mettent leur temps et leur science à la disposition des hôpitaux de l'arrière; les sociétés de la Croix-Rouge installent leurs hôpitaux auxiliaires où viennent prendre place ces femmes et ces jeunes-filles avec le dévouement que les Françaises ont toujours montré dans les circonstances graves de notre histoire.

Ce nombreux Personnel, plein de bonne volonté et d'ardeur, il va falloir le grouper et le répartir de manière à lui faire rendre tous les services qu'on est en droit d'attendre de lui. C'est toute une organisation à créer en pleine guerre. Tâche lourde et difficile que, grâce à la souplesse de l'esprit français, nous avons vu s'exécuter sous nos yeux. Qui s'étonnerait de ce que, pour la mener à bien, on ait un peu tâtonné, parfois même commis quelques erreurs, vite réparées. Pour une oeuvre aussi gigantesque et aussi nouvelle, les prévisions du temps de paix ne pouvaient suffire. Il fallait forger l'instrument au moment même de s'en servir.

Pendant ces trente mois de guerre, le service de santé n'a cessé de se développer et de se perfectionner. C'est à ces efforts incessants vers le mieux, c'est aux inappréciables résultats obtenus qu'est consacré le beau livre dont vous m'offrez le grand honneur d'écrire la première page.

Cet honneur, je l'ai accepté, parce qu'il me permet d'acquitter une dette et de dire :

Aux Maîtres éminents qui ont mis leur science au service de nos blessés,

Aux dévouées Infirmières qui ont donné leur temps et leurs peines,

j'adresse ici, au nom de tous les soldats qu'ils ont sauvés, l'hommage de leur reconnaissance.

Gal Maunoury

Neuilly le 6 [illegible] 1917



SCIENCE ET DEVOUEMENT



CHAPITRE PREMIER

UN PEU D'HISTOIRE



A création officielle du Service de santé militaire en France est de date relativement récente. Elle remonte à l'année 1708. L'Édit royal du 17 janvier établissait l'existence d'un corps constitué avec son personnel distinct, son matériel, des locaux à destination spéciale, des attributions bien définies.

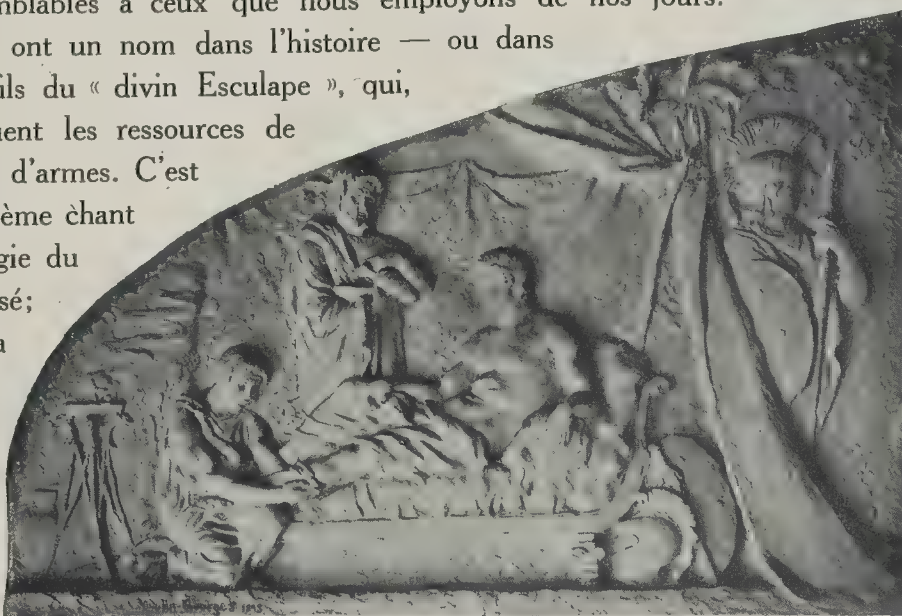
En réalité, les médecins militaires peuvent se prévaloir d'une origine bien plus ancienne ; et, si leurs titres de noblesse devaient être établis sur l'ancienneté de leurs origines, sur les services rendus et sur leurs actions d'éclat, il est permis d'écrire qu'ils seraient contemporains des premières guerres et des premières conquêtes. La chirurgie notamment, plus ancienne que la médecine, est sans doute aussi vieille que le genre humain. Et, comme le fait justement observer M. S. Reinach, « aucune civilisation, quelque primitive qu'elle fût, n'a pu ignorer les rudiments de la médecine militaire ».

Qui saurait dire si tels crânes préhistoriques, qui présentent des traces évidentes de trépanations chirurgicales, n'ont pas appartenu à quelque chef ou guerrier redoutable atteint d'épilepsie traumatique et à qui un *chirurgien* de l'époque aurait fait un trou dans la tête pour permettre à l'*esprit malin* d'en pouvoir sortir ?

Certains bas-reliefs de Louqsor et de Dandérah représentent des amputations pratiquées sur des guerriers avec des instruments assez semblables à ceux que nous employons de nos jours.

Les premiers chirurgiens militaires qui ont un nom dans l'histoire — ou dans la légende — sont Machaon et Podalyre, fils du « divin Esculape », qui, à la fois combattants et médecins, appliquent les ressources de leur art à la guérison de leurs compagnons d'armes. C'est ainsi qu'Homère nous fait assister, au quatrième chant de l'*Iliade*, à une véritable scène de chirurgie du champ de bataille : Ménélas vient d'être blessé ; Machaon, après avoir exprimé le sang de la blessure, y verse un baume dont il tient le secret d'Esculape.

Dans la suite, au chant XI, c'est Machaon lui-même qui est blessé. L'empressement que les guerriers grecs mettent à le soigner montre en quelle estime ils tiennent cet ancêtre de la chirurgie militaire, qui « vaut plusieurs hommes, car il



SCÈNE DE CHIRURGIE GRECQUE.

(Bas-relief du Musée du Val-de-Grâce.)

sait extraire les flèches et répandre le doux baume sur les blessures ». Nestor lui-même *évacue* Machaon sur son char et, ne trouvant pas son frère Podalyre pour le panser, le confie à une jeune fille, Hécamède, qui lui prodigue ses soins. Ainsi, le corps si dévoué de nos infirmières se trouve déjà poétisé sous la figure de la gracieuse héroïne homérique.

Plus tard, les Grecs eurent dans leurs armées des médecins qui ne se mêlaient pas aux combats et n'étaient appelés qu'après les batailles.

On vit même, pendant la période alexandrine, de véritables écoles de médecins militaires. Hippocrate y fut élevé, à l'Asclépiade de Cos. Plus tard, il recommandait à ses élèves d'aller prendre du service dans les pays étrangers où sévissait la guerre, pour assister aux batailles et y acquérir la pratique de la chirurgie militaire.

Les Romains, plus rudes, moins instruits que les Grecs, n'eurent pendant très longtemps aucun médecin, ni dans leurs villes, ni aux armées. Pendant plus de cinq cents ans, alors que Rome était en guerre d'une façon presque continue, la médecine et la chirurgie furent uniquement pratiquées par les augures et les *psyles*, charmeurs de serpents venus d'Orient, qui se disaient experts dans l'art de guérir. Lucain, dans son œuvre, a tracé un tableau saisissant des misères et des souffrances endurées par les soldats romains auxquels tous les soins manquaient.

C'est seulement vers la fin de la République romaine que les armées furent accompagnées de *medici vulnerarii*, des Grecs pour la plupart, attirés par l'appât du gain ou des privilèges dont ils jouissaient. Ils n'avaient, du reste, pas la sympathie des soldats romains qui finirent par les chasser. Celse lui-même ne put faire pénétrer à Rome la pratique chirurgicale.

Cependant, sous l'Empire romain, on voit apparaître un embryon d'organisation. Les généraux se font accompagner, dans leurs expéditions, par des médecins qui, après la bataille, donnent, dans l'intérieur des camps ou des villes, leurs soins aux blessés et aux malades.

César lui-même, à qui Percy reproche de ne pas s'être occupé de ses soldats blessés et de les avoir dispersés, raconte cependant dans ses *Commentaires* qu'il donna à plusieurs reprises à ses lieutenants l'ordre de visiter certaines villes où se trouvaient réunis les blessés et de prendre à la charge de l'armée les frais de leur traitement.



SCÈNE DE CHIRURGIE ROMAINE.

(Bas-relief du Musée du Val-de-Grâce.)

Avec la disparition de l'Empire romain, l'invasion des Barbares et les bouleversements incessants dont toute l'Europe fut le théâtre pendant le moyen âge, il n'est plus possible de discerner aucune trace d'organisation des services médicaux aux armées.

En France, les premiers représentants du corps de santé militaire sont les *Hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem*, devenus plus tard chevaliers de Rhodes et de Malte. Ces soldats-médecins avaient un double rôle : protéger les pèlerins; soigner les malades et blessés et soulager les effroyables souffrances et misères qu'eurent à endurer les armées levées par les princes chrétiens en vue des Croisades. Dans la suite, les Hospitaliers furent, d'ailleurs, peu à peu détournés de leurs attributions médicales et devinrent uniquement des combattants. Ainsi disparaît cet unique et rudimentaire embryon de médecine militaire. Les blessés sont alors soignés par les *clercs-chirurgiens*, qui font partie de la foule hétéroclite des gens de toutes sortes qui suivent les troupes en marche, ou par les chirurgiens attachés à la personne des grands seigneurs qui commandent les armées, non à l'armée elle-même.

Quand, au XVe siècle, les rois songèrent à établir des troupes régulières, il ne fut pas question de leur donner des chirurgiens. Seul, le corps des sergents à verges du Châtelet, composé de deux cent vingt hommes, obtint en 1405 le privilège d'avoir « *un sirurgien pour leur curer leurs playes, blessures et naureures* ».

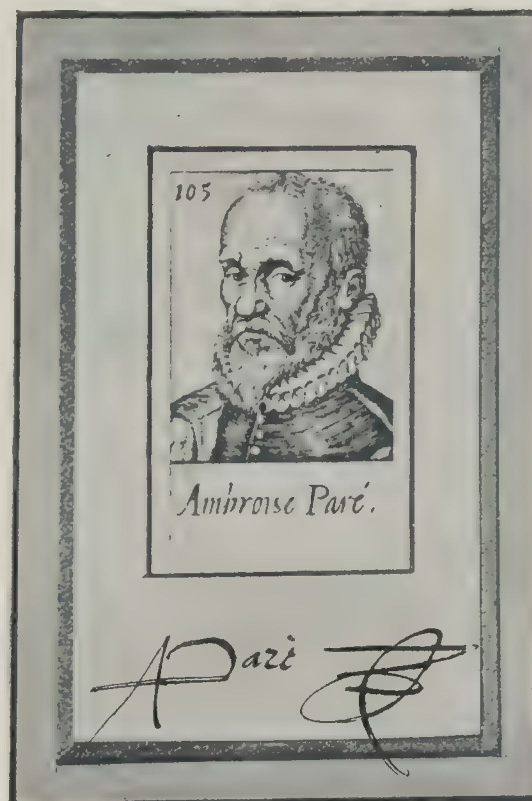
Aussi, la foule des blessés et malades sont abandonnés à leur triste sort ; ils gagnent comme ils peuvent les villages ou les villes et s'en remettent à la charité des habitants ou des fondations religieuses. Trop heureux encore quand ils ne sont pas détroussés, pillés ou achevés par les mercantis ou les bandes armées qui infestent le pays.

Charles le Téméraire est, croyons-nous, le premier qui ait songé à doter d'un service sanitaire toute une armée régulière. Il attribua un chirurgien à chaque compagnie de cent lances comprenant huit cents hommes.

L'invention de la poudre à canon, qui apparaît pour la première fois à la funeste bataille de Crécy, en 1346,

avait déjà renouvelé la chirurgie de guerre, car l'emploi des armes à feu, qui causa, dit Froissart, « tant de tremblement et de bruit qu'il semblait que Dieu tonnait avec grand massacre de gens et renversement de chevaux », amena aussi la présence, dans presque toutes les plaies, de corps étrangers dont l'extraction devait être une des plus grandes préoccupations des chirurgiens de l'époque.

Ce n'est cependant qu'en 1497 que commence l'histoire scientifique des plaies de guerre écrite par des chirurgiens qui suivaient les armées et dont les deux premiers sont deux enfants de Strasbourg : Brunswick, « qui tenait boutique de chirurgien et apothicaire », et Gersdorf, qui, lui, fut vraiment chirurgien militaire, puisqu'il suivit les armées en campagne et soigna les blessés dans la tranchée. Mais il faut attendre jusqu'au XVIe siècle pour découvrir le véritable père de la chirurgie moderne : Ambroise Paré, qui naquit à Laval en 1509.



PORTRAIT D'AMBROISE PARÉ.

Reproduction de la gravure contemporaine de Léonard Gaultier et de la signature autographe du père de la chirurgie moderne.

Pendant plus de trente années, il prit part à presque toutes les guerres entreprises par les derniers Valois. Parti comme simple compagnon barbier, il n'avait pas encore vingt-sept ans quand il fut attaché à la personne de René de Montjean, capitaine général des gardes à pied. Bientôt, il entra au service du duc de Rohan, pendant la campagne du Piémont de 1542. Il l'accompagna encore en 1552 lors de l'expédition entreprise par Henri II en Luxembourg.

En 1553, sa réputation est universelle. Le roi de France l'attache à sa personne et le nomme premier chirurgien de la confrérie de Saint-Côme. Jusqu'en 1569, il continue à suivre les armées, et après avoir pris part à plus de quarante campagnes de guerre, il meurt dans Paris assiégé par Henri IV.

Pendant sa longue carrière, il avait fait des cures retentissantes, avait soigné les plus grands hommes de l'époque : le maréchal de Brissac, gouverneur de Gravelines, qu'il guérit d'un ulcère grave, circonstance à laquelle il dut sa libération comme prisonnier de guerre; le duc de Guise, dit le Balafré, à qui il retira des os de la face un fer de lance profondément implanté. Au cours de cette opération, il lui fallut, « pour plus de force », appuyer le pied sur la tête du blessé « après avoir pris son consentement ». C'est à l'amitié personnelle de Charles IX qu'il dut, quoique huguenot, d'échapper aux massacres de la Saint-Barthélemy.



AMPHITHÉATRE ANATOMIQUE.

Construit aux environs du Pont-Neuf par la Compagnie des maitres chirurgiens de Paris (1694). (Gravure du XVIIe siècle.)

Le corps de santé ne saurait donc trop s'honorer de ce premier ancêtre au noble caractère, qui disait que, « le gain étant éloigné, le seul honneur nous est proposé, et l'amitié de tant de braves soldats auxquels on sauve la vie ». On peut dire de lui, avec le professeur Delorme, qu'il est la personnification la plus élevée de la chirurgie militaire.

Il est seulement regrettable qu'Ambroise Paré ne soit pas né vingt ou trente ans plus tard, car, sous le règne de Henri IV et la sage administration de son ministre Sully, il eût été de bon conseil pour aider à organiser le service médical aux armées tel que le conçut le *roi soldat*, qui, ayant vécu au milieu de ses troupes, couru les mêmes dangers, ne voulut pas laisser les blessés abandonnés à la misère de leur sort.

Ce furent, en effet, Henri IV et Sully qui créèrent les ambulances militaires sur le champ de bataille et les hôpitaux dans les villes, tel celui qui fut organisé pendant le siège d'Amiens en 1597. « Il était si bien et si commodément servi » rapporte Sully dans ses *Mémoires*, « que plusieurs personnes de qualité s'y retirèrent pour se faire guérir de leurs maladies et de leurs blessures ».

C'est à la même époque qu'apparaît l'idée de recueillir les soldats devenus infirmes au service du roi. La première

288 L'onzieſme Liure,

eſtranges (ſi aucunes y en a) comme les fers deſdits fleches, leur fuſt, ou bois, & autres choſes ſemblables, ainſi qu'il a eſté dit des playes faites par arquebuſes, & par les moyens. Et pour mieux les extraire, conuiendra ſituer le patient en la figure qu'il eſtoit lors qu'il aura eſté bleſsé, pour les raiſons ſuſdites, s'il eſt poſſible, & vſer d'inſtrumens propres à cet effect, principalement, comme eſt ceſtuy, qui a vne cannule fendue & dentelée par dehors, en laquelle s'inſere vne verge ſemblable a celle du tire-fonds de l'arquebuſe, qui a eſté figurée cy-deuant, horſmis qu'elle n'eſt faite à viz en ſon extremité. Auſſi eſt-elle plus groſſe, afin de dilater la cannule pour remplir la cauité du fer, & l'extraire hors, tant des parties charneuſes qu'oſſeuſes, pourueu qu'il ne ſoit demeuré du bois de la fleche en la cauité du fer. Cet inſtrument auſſi y eſt propre, qui ſe dilate en comprimant les deux extremitez de derriere, dentelé auſſi par le dehors, ainſi que tu peux voir en ceſte figure. Les ſignes pour cognoiſtre où eſt le fer, ſont, que ſi l'on touche la partie où il eſt, l'on ſentira aſperité & inegalité : auſſi la chair apparoiſtra contuſe, liuide & noire, & le patient ſentira peſanteur & douleur continuelle en la partie vulnerée. A

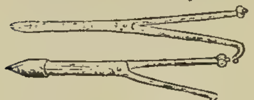
Paul. Ægin. Hippocr.

Les ſignes pour cognoiſtre où eſt le fer.

Inſtrumens propres à tirer les fers des fleches, dont le fuſt eſt dehors.

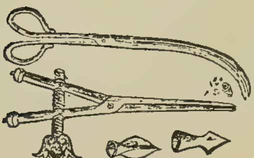


Ceſtuy s'ouure par vne viz qui s'inſere dans ſa cannule. B



Ceſtuy ſe dilate en comprimant la poignée.

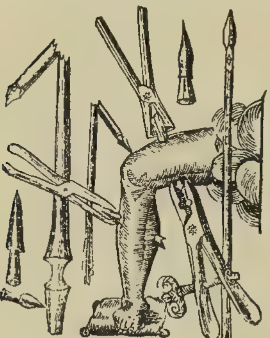
Tenailles à viz auec le bec de Corbin.



Inſtrument fermant & ouurant a viz, commode à tirer les fers des fleches, auec vn bec de Corbin propre a tirer les mailles, & autres petits corps eſtranges.

Autre petit crochet pour tirer les mailles & autres choſes eſtranges, qui le pourront accrocher : duquel auſſi te pourras ſeruir a ce meſme effect aux bleſſures des arquebuſes. C

Que ſi par cas fortuit le fer barbelé, ſoit de fleche, picque, dard, ou lance, demeure en quelque partie du corps, comme (pour exemple) en la cuiſſe ou jambe, encores auec portion de bois qui fuſt rompu par éclats : alors faudra que le Chirurgien coupe le bois au deſſus des éclats, auec tenailles inciſiues, puis qu'il tire ledit fer auec tenailles dentelées, comme tu peux cognoiſtre par ceſte figure.



Hippocrate au cinquieſme des Epidemies, dit auoir oſté le fer d'vne ſagette, ſix ans apres, eſtant pres l'aine. D

Comme

PAGE DES " ŒUVRES " D'AMBROISE PARÉ
P. 288, CHAPITRE " DES PLAIES D'ARQUEBUSE ".
(Edition de Lyon, 1641.)

installation de ce genre fut créée à Paris, rue de l'Ourcine. Sa durée fut éphémère, mais cette conception devait être bientôt reprise par Louis XIV lorsqu'il édifia l'Hôtel des Invalides.

Richelieu poursuit l'organisation du Service de santé en instituant les chirurgiens-majors de régiments, qui assuraient les soins aux troupes régulières. Par ordonnance de janvier 1629, il avait également prévu, à la suite des armées, des hôpitaux « pour secourir les soldats en leurs blessures et maladies ». Ceux-ci étaient « fournis de tous les officiers et drogues nécessaires », « lesquels hôpitaux seront établis aux plus proches villes des armées...... Il y aura des Jésuites et des cuisiniers qui donneront des bouillons et potages à tous les malades qui ne voudront pas aller aux hôpitaux, et, de plus, un chirurgien et un apothicaire pour soigner et secourir ceux qui en auront besoin. »

Malgré tout, l'assistance sur le champ de bataille est encore à peu près nulle. Percy et Willaume racontent qu'au siège d'Hesdin, « le roi étant entré par la brèche dans la place, ne songea aux blessés de son armée que quand il eut vu les fossés et les rues jonchés de ceux de l'ennemi ; alors il ordonna de faire venir des chirurgiens de Paris pour en prendre soin ».

Gama, qui rapporte ce récit, fait le même tableau sombre du sort des blessés devant La Rochelle, où l' « on est autorisé à croire qu'aucun abri, aucun lieu de retraite n'était indiqué aux hommes blessés ».

Avec Louis XIV et son ministre Louvois, le service médical prend corps. Un article d'ordonnance royale attribue un chirurgien à chaque régiment, mais en réalité ce chirurgien est aux gages de son colonel, propriétaire du régiment. Toute une série d'hôpitaux militaires sont créés dans les places fortes bâties par Vauban autour de la France.

Louvois institua également le Conseil de santé aux armées, composé des médecins et chirurgiens les plus savants et dont le rôle était d'inspecter les hôpitaux et les ambulances.

Mais, malgré le dévouement et la compétence de médecins et de chirurgiens tels que Laurent, Verduc, Belloste, Anel, J.-L. Petit, Garengeot, l'imperfection et l'insuffisance des hôpitaux font que beaucoup de soldats sont encore obligés de se retirer chez eux quand la maladie ou les blessures les ont rendus impropres à servir. La gestion des hôpitaux est à l'entreprise, ce qui amène des abus regrettables. Les blessés y sont mal couchés, mal nourris, souvent mal soignés par des médecins ou soi-disant tels, de compétence douteuse.

Le 29 octobre 1690, le maréchal des Loges, après avoir visité l'hôpital de Strasbourg, écrivait à Louvois : « Les



L'ABBAYE ROYALE DU VAL-DE-GRACE.
(Gravure du XVIIe siècle.)



BATAILLE DE FONTENOY (1745).
Tableau de H. de La Pegna (Musée de Versailles). La partie de ce tableau que nous reproduisons représente les secours apportés aux blessés sur le champ de bataille.

soldats ne sont couchés que sur la paille, trois dans le même lit ; les chirurgiens sont des ignorants, fort paresseux à soigner les malades, et à la moindre chose qu'ils ont, ils coupent bras et jambes sans nécessité. »

C'est que les médecins n'étaient pas maîtres de la gestion de leurs hôpitaux, que le recrutement des chirurgiens n'était soumis à aucune règle, que les uns et les autres, destitués aussi facilement que nommés, n'avaient ni le rang d'officier ni le droit à la croix de Saint-Georges et gagnaient dix sous de solde par jour.

Au règne de Louis XIV se rattache la fondation de l'Hôtel des Invalides qui, ainsi que le font remarquer Brice et Botet dans leur *Histoire du Service de santé*, ne tient pas une grande place dans l'organisation de ce service, mais « marque bien plutôt, au double point de vue guerrier et humanitaire, une nouvelle étape de la marche des nations. C'est presque un sentiment nouveau qui pousse le roi de France à payer la dette contractée envers ceux qui ont scellé de leur sang l'unité du royaume ».

Conseil de santé, médecins de régiments, hôpitaux militaires aux frontières, hôpitaux de charité à l'intérieur : telle était la situation générale du Service de santé militaire en France, en 1708, quand parut le premier règlement général donnant un statut à la médecine militaire.

L'Édit du 17 janvier 1708 ne fit, en réalité, que régulariser une situation déjà existante.

Il créait : 4 inspecteurs généraux, 4 chirurgiens-inspecteurs, 50 chirurgiens-majors pour les hôpitaux, 88 chirurgiens-majors pour l'infanterie, 4 chirurgiens-majors pour les gardes du corps, 48 chirurgiens-majors pour les



MÉDAILLE DE FONDATION DE L'ABBAYE DU VAL-DE-GRACE, GRAVÉE PAR JEAN WARIN.
Cette médaille fut déposée dans les fondations lors de la pose de la première pierre (1er avril 1645).



REVERS DE LA MÉDAILLE DE JEAN WARIN
représentant le projet primitif de F. Mansard pour la construction de l'abbaye royale du Val-de-Grâce.



FRANÇOIS GIGOT DE LA PEYRONNIE (1678-1747).

régiments de cavalerie et 15 chirurgiens-majors pour les dragons. Ces officiers du corps de santé étaient assistés par un personnel surnuméraire important : aides-majors, sous-aides, élèves chirurgiens, etc.

Ils étaient répartis entre les hôpitaux des villes et places de guerre et la déclaration de 1709 leur accordait « gages, appointements, privilèges, immunités, exemptions, logement et droits ».

Il était créé cinquante hôpitaux militaires situés pour la plupart dans les villes frontières, disposition heureuse et adaptée aux méthodes de guerre de l'époque où une campagne était le plus souvent décidée par la prise ou la reddition d'une place forte.

Plus tard, en 1772, on institua la Commission de santé, remplacée bientôt par un Conseil d'administration, que présidait le ministre de la Guerre.

Malheureusement, le rôle administratif des officiers du corps de santé était nul, leurs fonctions restant uniquement techniques.

L'Édit du 17 janvier 1708 instituait des « offices » et les médecins et chirurgiens achetaient leurs charges. Ce régime qui, naturellement, ne donnait aucune garantie au point de vue scientifique, dura peu. Les candidats furent bientôt choisis après examen, sur la proposition du Conseil de santé, composé de quatre conseillers médecins-inspecteurs généraux et de quatre conseillers chirurgiens-inspecteurs. Les élèves sont alors soumis à des stages cliniques dans les hôpitaux, le chirurgien-major ayant charge d'examiner si les garçons chirurgiens qu'il emploie sont suffisamment instruits et consciencieux et étant invité à faire « un cours d'opérations et d'anatomie, auquel les chirurgiens de l'hôpital sont obligés d'assister pour s'entretenir et se fortifier dans l'exercice de leur art ».

En 1772, on créa dans l'hôpital principal de chaque département une *Ecole d'instruction* destinée à former les futurs médecins et chirurgiens militaires. Trois ans après, furent établis les « Amphithéâtres » de Lille, Metz, Strasbourg, Toulon et Brest, qui devinrent, pendant cinq ans, la pépinière des médecins militaires. Trois années d'études étaient exigées dans ces écoles pour être nommé chirurgien-major de régiment.

C'est également à cette époque qu'on voit apparaître pour la première fois l'uniforme des médecins militaires. Jusqu'alors ils portaient celui de la troupe qu'ils accompagnaient. Par le décret du 2 septembre 1775 ils reçoivent l'uniforme « que le Roy a réglé, tant pour les chirurgiens de ses armées que pour ceux des régiments, des hôpitaux, des forts et citadelles ». Il est de couleur gris d'épine, habits faits en surtout avec de petits parements rouges en botte; les poches en long; veste et culotte rouges ; boutons en fil d'or du dessin limace.

En outre, les médecins portaient le chapeau « sans clinquant ni feston, accompagné d'une cocarde blanche » ; ils étaient armés de l'épée à la mousquetaire.

Tout ce personnel du Service de santé, désormais bien spécialisé, ayant son recrutement spécial, ses statuts, son uniforme, est réparti entre les armées et les hôpitaux du territoire. Chaque régiment est pourvu d'un chirurgien-major assisté d'un aide-major et de deux élèves chirurgiens.

Le corps de santé ainsi organisé s'honore de compter les plus illustres médecins de l'époque. « Les hautes fonctions, l'initiative, la considération, les prérogatives honorifiques, les immunités étendues attachées aux offices des chirurgiens-majors »



GERMAIN PICHAULT DE LA MARTINIÈRE
Chef et garde des chartes et privilèges de la chirurgie et barberie du royaume (1697-1783).

attirent, dit le professeur Delorme, les plus hautes personnalités médicales dans le corps de santé : de la Peyronnie, de la Faye, Houstet, Le Dran, chirurgiens-majors aux armées, deviennent directeurs de l'Académie de chirurgie; Garengeot, Bagieu, Ténon, Ravaton, de La Martinière, Morand, Pibrac, Antoine Louis, et tant d'autres, sont des noms qui illustrent la médecine tout entière.



LE BARON DESGENETTES (1762-1837)
Portrait par Horace Vernet (1823).

C'est à cette génération de chirurgiens du XVIII[e] siècle qu'on doit d'avoir simplifié les méthodes de traitement, de s'être attachés à la conservation des membres, et d'avoir par leurs initiatives, leurs écrits, leurs campagnes, préparé l'essor que devaient prendre la chirurgie et la médecine militaires pendant les vingt-cinq années de la Révolution et de l'Empire.

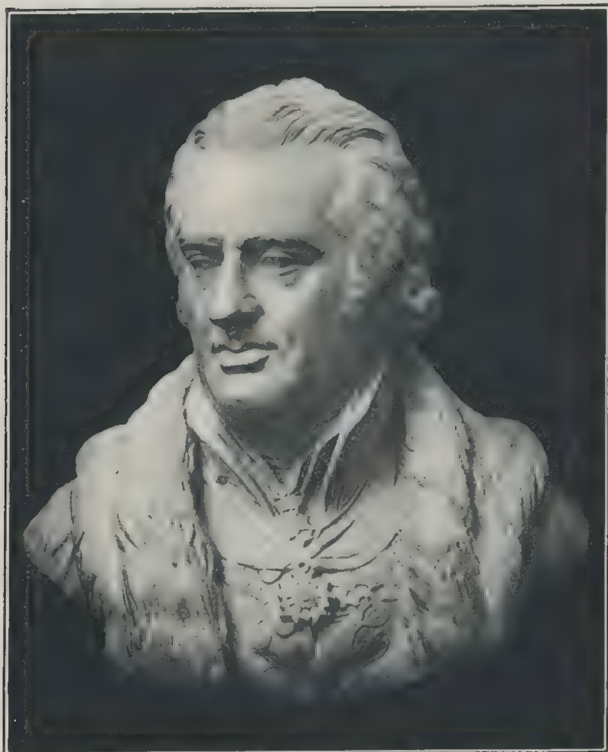
C'est pour elles la période véritablement héroïque : héroïque par les actes de dévouement innombrables du personnel et par le tribut formidable qu'il paie à la mort, du fait des maladies contractées au milieu des épidémies ou des blessures reçues sur le champ de bataille ; héroïque aussi par la lutte incessante que les grands chefs d'alors, les Percy, les Larrey, les Desgenettes, les Heurteloup, eurent à soutenir contre une administration tracassière, à laquelle ils ne demandaient cependant rien pour eux, mais seulement l'indispensable pour leurs blessés.

Lorsque éclatèrent les guerres de la Révolution, les pouvoirs publics, préoccupés de donner aux citoyens qui luttaient à toutes les frontières de la France l'assurance qu'ils recevraient les secours auxquels ils avaient droit, mirent sur pied toute une législation conçue dans un esprit large et libéral qui, malheureusement, ne fut pas toujours observé dans la suite.

La Législative rétablit les hôpitaux militaires, récemment fermés par un décret de 1788, et les installa dans les monuments publics, les locaux laissés libres par la dissolution des congrégations religieuses, les propriétés abandonnées par les émigrés.

La Convention, par le décret du 7 août 1793, jette les bases du service médical aux armées, dont elle confie la surveillance au Conseil de santé remanié.

Le recrutement, régularisé, se fait par les écoles d'instruction de Strasbourg, Lille, Metz et Toulon, auxquelles la loi du 30 floréal de l'an IV ajouta l'hôpital du Val-de-Grâce, créé en 1793.



LE BARON PERCY (1754-1825).

Une hiérarchie avec assimilation de grades est établie, allant depuis le grade de médecin, chirurgien ou pharmacien en chef, ayant rang de général de brigade, jusqu'à celui de médecin, chirurgien ou pharmacien de troisième classe, correspondant au grade de sous-lieutenant.

L'uniforme est de nouveau réglementé. C'est du 30 floréal an IV que datent le col cramoisi des chirurgiens et le col en velours vert des pharmaciens. Un autre règlement, celui du 20 thermidor an VI, donnait comme attribut au corps médical le serpent d'Epidaure, auquel furent ajoutés, en 1803, plusieurs emblèmes accessoires dont l'ensemble constitue notre caducée actuel : un faisceau formé de trois baguettes enveloppé du serpent d'Epidaure surmonté du miroir de la Prudence et entouré d'une branche de chêne et d'une branche de laurier.

Une certaine autonomie est même conférée au corps de santé. « Oncques ne vit un commissaire ordonnateur diriger les ambulances », écrit Gama, qui cependant s'éleva avec tant de vigueur contre la main-mise de ceux-ci sur le Service de santé pendant tout l'Empire.

Les médecins militaires jouissent d'un statut leur assurant un avancement normal et une solde. Leur nomination ou leur radiation ne relèvent que du ministre de la Guerre ; la loi leur consacre le droit à la retraite.

A chaque armée sont attachés : un premier médecin, un premier chirurgien, un pharmacien-major. Chaque demi-brigade d'infanterie et chaque régiment des autres armes sont dotés d'un chirurgien-major, plus un chirurgien par bataillon. A la suite de chaque armée et de chaque division est établi un hôpital ambulant destiné à donner les premiers secours. Plus en arrière se trouvent les hôpitaux sédentaires de première et de deuxième ligne.

Ces dernières créations devaient être améliorées et transformées par Larrey, qui, sous le nom d'ambulances volantes, en fit des éléments de secours de première ligne. Il en tenta pour la première fois l'expérience à l'armée du Rhin, commandée par Custine, devant Spire, en 1792.

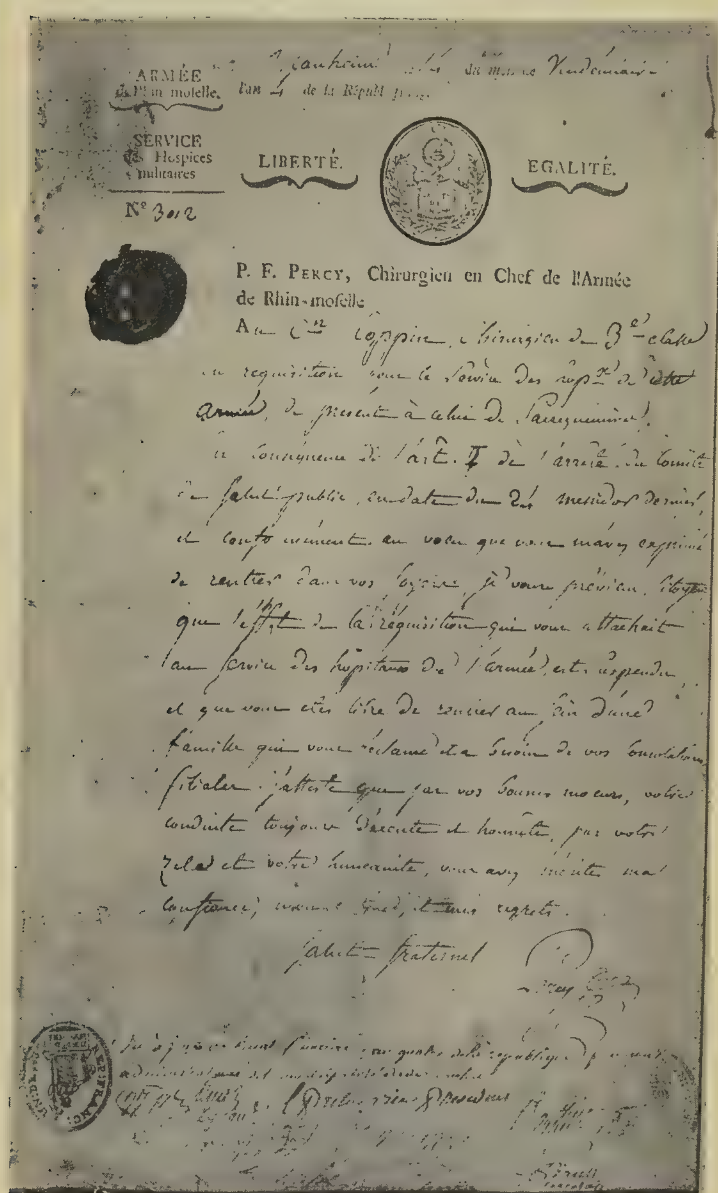
Il la renouvela lors de la campagne d'Italie, en 1797.

Chaque ambulance volante ou légion était composée de 3 divisions, comprenant chacune 12 voitures légères à deux roues et à quatre roues pour le transport des blessés et de 4 voitures pesantes pour le transport du matériel. Un nombreux personnel médico-chirurgical lui était affecté : 1 chirurgien-major commandant, 2 chirurgiens aides-majors, 12 sous-aides, 1 officier économe, 12 infirmiers à cheval, 25 à pied, tout un personnel subalterne de conducteurs, etc.

Néanmoins, en 1793, la Convention, débordée, mit en réquisition tous les médecins du territoire. Plus de huit mille furent envoyés aux armées pour y donner leurs soins aux douze cent mille hommes qui défendaient les frontières de la France.

La qualité scientifique de tout ce personnel était très diverse, mais tous étaient animés du plus pur patriotisme et du plus bel esprit de dévouement. Aussi bien les pertes furent-elles énormes : au 1er vendémiaire de l'an III, la Commission de santé accuse la disparition de neuf cents médecins depuis le commencement de la guerre.

Les dispositions révolutionnaires que nous venons d'exposer avaient donné en partie satisfaction aux officiers du corps de santé. L'Empire leur fut moins favorable. Il amoindrit leur situation en les plaçant sous la direction des commissaires de guerre, qui vont jusqu'à s'immiscer dans la direction technique des hôpitaux et des ambulances, en désignent les emplacements et en ordonnent le licenciement sans prendre l'avis des chirurgiens. Dans le territoire, les hôpitaux militaires, sous prétexte d'économies, sont fermés et remplacés par des hôpitaux civils militarisés.


ARMÉE de Rhin moselle.
l'an 4 de la Républ...

SERVICE des Hospices militaires

N° 3012

LIBERTÉ. EGALITÉ.

P. F. Percy, Chirurgien en Chef de l'Armée de Rhin-moselle

Au C^n ...

DOCUMENT DE L'ÉPOQUE RÉVOLUTIONNAIRE (6 OCTOBRE 1795).
(Archives historiques du Service de santé.)

En même temps, le Conseil de santé voit son influence et son autorité réduites.

Larrey, Percy s'efforcent de créer cette chirurgie du champ de bataille dont il fallait tant attendre et qu'une administration tracassière, indifférente ou hostile, ne leur permet de réaliser qu'avec des moyens de fortune. Les ambulances volantes, qui avaient fait leurs preuves sur le Rhin et en Italie, restent l'apanage des troupes de la garde. Les sages institutions sanitaires de Percy (corps mobile de chirurgie, corps d'infirmiers militaires, corps de chirurgie de bataille, brancardiers) sont supprimées ou décapitées par les commissaires de guerre.

Le licenciement, après chaque campagne, rend la situation des médecins des plus instables. On va même jusqu'à modifier leur uniforme pour le rendre plus simple et plus conforme à la modestie de leur emploi.

Malgré une activité incessante, un dévouement de tous les instants, la plus grande pénurie règne aux armées et dans les hôpitaux. « La sollicitude de l'autorité, dit Gama, reste presque limitée à l'homme armé. » Lorsqu'il n'est plus utilisable, on le néglige.

LES UNIFORMES DU SERVICE DE SANTÉ



1757 Chirurgien-Major des armées	Chirurgien Aide-Major	1775 Médecin-Inspecteur	Apothicaire Major	Chirurgien Major de Régiment	Chirurgien Aide-Major	1796 Médecin de 2e classe	Chirurgien en chef aux armées	Administrateur des hôpitaux militaires



1798 Inspecteur général du Service de Santé	Médecin en chef aux armées	Pharmacien de 1re classe	Chirurgien de 2e classe	1800 Membre du Conseil d'administration des hôpitaux	1803 Inspecteur général du Service de Santé	Pharmacien de 1re classe	Chirurgien Professeur	Médecin-adjoint



1809 Infirmier	Centenier	1812 Médecin	Infirmier	1821 Membre du Conseil de Santé	Chirurgien principal	Pharmacien Aide-Major	1824 Infirmier	Officier d'administration principal

Aristide Quillet, édit. J. D. Benderly, Del. G. de Malherbe et Cie, Imp.



AMBULANCE VOLANTE ORGANISÉE PAR D. LARREY PENDANT LA CAMPAGNE D'ITALIE.

Après Eylau, Percy faisait remettre par le maréchal Duroc à l'empereur un projet d'organisation d'un corps militaire de chirurgie aux armées qui, malgré son insistance, ne vit jamais le jour. « S'il fallait, disait-il, rester encore dans l'état de pénurie, de détresse, de cruel et de honteux dénuement où nous nous sommes vus », il serait impossible aux médecins de rester en campagne. Et il ajoutait : « Après le siège de Dantzig, nous avons eu mille six cents blessés et deux mille malades ; nous n'avons pas eu un seul sac à paille, pas une seule demi-fourniture, point d'infirmiers, personne enfin. »

Le service des évacuations est notamment défectueux. Témoin ce passage d'un ordre relatif aux ambulances, envoyé de Varsovie à l'intendant général Daru : « Il est un objet bien important et qui n'a jamais été assez prévu dans nos batailles, c'est d'avoir, indépendamment de nos ambulances, quelques brigades de voitures du pays, avec de la paille, confiées à plusieurs agents pour, aussitôt après l'action, parcourir le champ de bataille et y ramasser les blessés. »

Aussi bien, la plupart du temps, est-ce sur le champ de bataille même qu'opèrent les chirurgiens. Après la bataille d'Eylau, où gisaient sur la neige trois mille morts et sept mille blessés, et où Larrey, chirurgien de la garde, se dépensa sans compter, les blessés furent transportés et opérés dans des granges ouvertes ou sur des fumiers recouverts de neige. « Les opérés ont à peine de la paille pour se coucher, rien pour se couvrir; les médecins n'ont même pas un verre d'eau à donner aux blessés. »

Malgré toutes ces difficultés de leur tâche, les médecins ont réussi à conquérir l'affection des soldats et l'estime des généraux.

A la Bérésina, Larrey, surnommé la Providence du soldat, essayant de se frayer un passage à travers une foule où il n'existe plus aucun respect de la hiérarchie, est aussitôt reconnu et enlevé par les bras des hommes qui le portent sur l'autre rive.

Le maréchal Lecourbe, parlant des chirurgiens militaires, disait : « Nous devons tous un tribut d'éloges au corps mobile des chirurgiens, à cette institution créée par Percy, le père et le soutien de la chirurgie militaire. Les officiers de ce corps ont porté les secours même sur le champ de bataille ; le soldat les vénère et il se console, quand il est blessé, parce que les premiers secours lui sont donnés avec une rapidité surprenante. »

Napoléon, dans son Testament de Sainte-Hélène, cite Larrey comme le plus honnête homme qu'il ait connu. N'est-ce pas le plus bel hommage qu'il pût lui rendre ? Et cependant les récompenses étaient rares. Au milieu de la cohorte brillante de maréchaux, de ducs, comtes et barons, seuls, dans tout le Corps de Santé, Boyer, Desgenettes,



" WURST " DE PERCY.
Cette voiture de forme spéciale, rappelant une saucisse (d'où son nom allemand), était un caisson contenant du matériel de pansement et disposé de telle sorte que les aides-majors pouvaient l'enfourcher pour être transportés rapidement sur les points où leur présence devenait nécessaire.



LE BARON DOMINIQUE LARREY (1766-1842).

Heurteloup, Percy, Yvan, Larrey se voient conférer le titre de « baron » de l'Empire. Larrey, le grand Larrey, n'était que *commandant* de la Légion d'honneur.

Le gouvernement de la Restauration traita encore moins bien les médecins militaires que ne l'avait fait Napoléon Ier. Il leur refusa le titre d'officiers, qu'ils avaient obtenu sous l'Empire, et les déclara inaptes à recevoir la croix de Saint-Louis. Le Conseil de Santé, sous prétexte d'économie, mais en réalité pour en écarter Percy, Desgenettes et Larrey, fut réduit, en 1846, à trois membres : un médecin, un chirurgien, un pharmacien. Enfin, l'inspection du Service de Santé militaire fut supprimée. En 1817, le corps retombe entièrement sous la coupe des intendants militaires, dont l'action ne se fait pas moins durement sentir que celle des commissaires aux armées : ne vont-ils pas jusqu'à assister aux examens des élèves du Service de Santé ?

Avide de paix, la Restauration porte surtout son attention sur l'organisation du service à l'intérieur. Le Val-de-Grâce devient hôpital de perfectionnement ; Broussais y attire la foule des étudiants qui viennent s'imprégner des doctrines nouvelles qu'il professe.

Il n'est plus question de chirurgie de bataille : Gama, dans la campagne d'Espagne, en 1823, n'ayant que peu de blessés à faire soigner, s'applique à installer des hôpitaux pour malades. En Morée, c'est surtout contre la peste qu'il faut défendre les troupes.

En revanche, la longue et pénible campagne d'Algérie fournit au Service de Santé l'occasion d'écrire l'une des plus belles pages de son histoire : Baudens, Sédillot, Maillot, Guyon, Hutin devaient, avec des moyens précaires, rivaliser de dévouement pour soustraire les blessés et les malades à deux ennemis également impitoyables : les Arabes et la malaria.

Pendant que le Corps de Santé était à la peine en Afrique et que les « tebibs » français apportaient leur large part de contribution à la conquête pacifique de l'Algérie, le gouvernement de la Monarchie de Juillet, par son ordonnance du 12 août 1836, organisait de nouveau le service sur des bases qui étaient loin de lui donner satisfaction. Quoique, en 1834, la loi sur l'état des officiers eût conféré définitivement ce titre aux médecins, quoiqu'une circulaire du 29 juillet 1831 leur eût donné droit au salut, l'ordonnance du 12 août les mettait plus que jamais sous la tutelle de l'intendance.

Les réclamations si justifiées du Corps de Santé avaient cependant pénétré jusque dans le public : aussi l'un des premiers actes du Gouvernement Provisoire, après la Révolution de 1848, fut-il de lui rendre son autonomie.

Cette mesure, malheureusement, fut abrogée l'année suivante, parce que d'origine révolutionnaire, et, le 23 mars 1852, un décret soumettait de nouveau le Service de Santé à l'intendance. Régime dont les difficultés rencontrées au cours des guerres de Crimée, d'Italie et de 1870, ne devaient que trop faire apparaître les funestes conséquences.

Aux termes de ce décret, le Corps de Santé était partagé en deux branches : médecine et chirurgie ; pharmacie. La hiérarchie était assimilée, grade pour grade, à celle des officiers de l'armée. Le recrutement fut d'abord assuré par les hôpitaux d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, puis par l'Ecole de Strasbourg. Un stage



UNIFORME D'INSPECTEUR GÉNÉRAL DU BARON DOMINIQUE LARREY.

d'un an à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce était ensuite exigé pour l'obtention du premier galon.

Le cadre du Service de Santé comprenait mille cent quarante-sept médecins et cent cinquante-neuf pharmaciens.

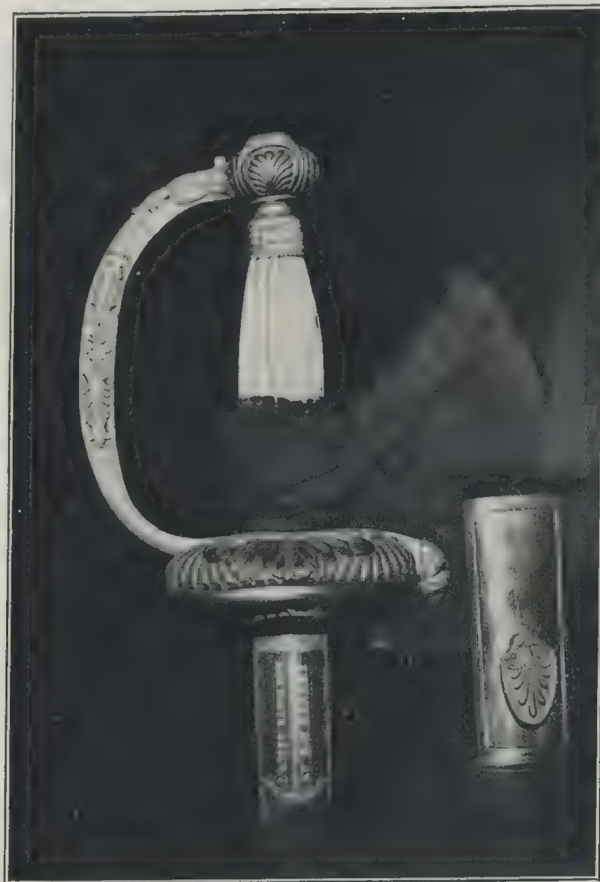
Pour le service de guerre, on prévoyait des ambulances d'infanterie et de cavalerie, des hôpitaux temporaires et des dépôts de convalescents.

Pendant le combat, chaque ambulance se sectionnait : tandis qu'une ambulance volante allait porter les secours près de la ligne de feu, les blessés étaient transportés et pansés dans un dépôt d'ambulance.

L'évacuation était faite par le *train des équipages* et la direction supérieure de l'ensemble du service était confiée à l'intendance.

Pendant toute cette période qui précède la catastrophe de 1870, la médecine militaire s'enrichit de noms glorieux : Hippolyte Larrey, Scoutteten, Legouest, Sédillot, Chenu, Gaujot, Sarazin, Poncet, Villemin, Michel Lévy, L. Laveran.

Ce ne sont donc pas les talents ni les dévouements professionnels qui ont manqué à nos blessés en 1870-1871, non plus que les avertissements n'ont fait défaut au commandement, fondés sur l'expérience des guerres de Crimée et d'Italie. D'autre part, la convention de Genève, appliquée pour la première fois, était susceptible de faciliter singulièrement la tâche du corps médical. Mais rien n'avait été prévu ni organisé.



ÉPÉE D'HONNEUR OFFERTE A D. LARREY PAR NAPOLÉON Ier POUR REMPLACER CELLE QU'IL AVAIT PERDUE LORS DU PILLAGE DE SON AMBULANCE.
(Musée du Val-de-Grâce.)

Dans une division de cavalerie de la garde, l'ambulance qui part de Paris le 25 juillet ne compte qu'un aide-major et un pharmacien ; pas un seul infirmier, aucun matériel.

Sarazin, parti le 27 juillet pour rejoindre sa division, est obligé de prendre un fiacre dans lequel il empile ses bagages, son ordonnance, et, richesse inappréciable, quatre kilogrammes de chloroforme qu'il doit à l'obligeance de Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil.

Sous Metz et à Sedan, les ambulances sont installées dans des locaux de fortune et les blessés sont heureusement recueillis en partie par les ambulances belges échelonnées le long de la frontière.

En rappelant les services que rendirent les seize ambulances de campagne organisées par les Sociétés de Secours et qui, au dire de Lucas-Championnière, étaient très bien montées en personnel et en matériel, il nous est particulièrement agréable aussi de signaler le zèle dont firent preuve envers nos blessés les Suisses, et nos amis d'aujourd'hui les Anglais, qui répartirent dans les différents services pour plus de sept millions de matériel de toutes sortes.

Ce n'est que tardivement qu'on finit par donner la direction générale du service médical au Dr Robin, qui l'organisa pendant le siège de Paris.

A ce moment il restait, en dehors de la capitale, à peine de quoi faire une ambulance. Grâce à son activité, on arriva bientôt à approvisionner tous les corps d'armée dans les conditions réglementaires et à installer cent cinq mille lits en sus des hôpitaux ordinaires.

Les fonctions du Dr Robin prirent fin avec la guerre; mais les services qu'il avait rendus montrèrent clairement, enfin, combien il était indispensable de libérer le Service de Santé d'une tutelle gênante, pour lui permettre de fonctionner avec toute l'élasticité désirable.

Aussi la loi du 24 juillet 1873 posa-t-elle réellement le principe de l'autonomie complète du Service de Santé. Mais ce n'est qu'en 1882 que cette autonomie fut enfin réalisée. La loi du 16 mars de cette année, complétée par celle du 1er juillet 1889, constitue la charte du Corps de Santé.

De cette courte esquisse, où tant de faits s'offrent à l'admiration, se dégage au moins une conclusion : quelle qu'ait été l'organisation du moment,



BOITE A TRÉPAN (1810)
ET INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
AYANT APPARTENU AU BARON PERCY.
(Musée du Val-de-Grâce.)



ÉVACUATION DE BLESSÉS DANS UN CHATEAU TRANSFORMÉ EN HOPITAL AU DÉBUT DU XIX[e] SIÈCLE.
Crayon d'Hippolyte Lecomte (Musée du Val-de-Grâce).

malgré les difficultés souvent inouïes auxquelles il s'est heurté, notre Corps de Santé militaire a toujours été à la hauteur de sa tâche, qu'il a accomplie sans souci des profits personnels ou des honneurs, ne se proposant jamais qu'un but unique : soulager la souffrance.

Partout les médecins français ont recueilli l'estime de leurs compagnons d'armes, la reconnaissance de leurs malades.

Partout ils ont payé un lourd tribut à la maladie et à la mort; leur science a jeté le plus vif éclat, leurs idées généreuses ont dépassé les frontières de leur mère-patrie, et fait de la loi du secours au blessé une loi internationale; hors de la métropole, ils ont été et restent les agents les plus actifs et éclairés de notre colonisation. On ne saurait donc mieux caractériser leur œuvre qu'en rappelant la devise que leur donnait Percy et à laquelle ils n'ont jamais failli :

« Allez où la patrie et l'humanité vous appellent.

« Soyez toujours prêts à servir l'une et l'autre; et, s'il le faut, sachez imiter ceux de vos généreux compagnons qui, au même poste, sont morts victimes de ce dévouement magnanime qui est le véritable acte de foi des hommes de notre état. »

LA CONVENTION DE GENÈVE

La courte esquisse que nous avons faite de l'histoire du Service de Santé a montré que de tous temps les hommes ou les nations dans leurs luttes ont essayé d'apporter un soulagement aux malades et blessés. Peu à peu leurs sentiments de pitié et leurs principes humanitaires se sont précisés et codifiés pour aboutir à une convention signée à Genève en 1864.

L'idée de neutraliser les blessés et les médecins n'était pas nouvelle. Avant cette date, la générosité de la troupe et des généraux ou les idées philosophiques du temps avaient en quelque sorte fait des hommes tombés sur le champ de bataille et de ceux qui se dévouaient à leur donner des soins une catégorie spéciale, ayant droit au respect des combattants et à une protection réciproque de la part des adversaires en présence. Souvent les membres du corps médical étaient soit relâchés, soit échangés, soit rendus, par déférence pour leur haute personnalité. Quelquefois même l'ennemi, connaissant la présence d'un chirurgien illustre dans l'armée adverse, allait le supplier de venir soigner ses blessés. Pareille invitation fut faite plusieurs fois à Ambroise Paré.

Après Waterloo, Larrey, blessé et sur le point d'être fusillé, reconnu par un médecin de l'armée ennemie, fut immédiatement remis en liberté sur l'ordre du vieux Blücher.

La Révolution devait à ses nobles principes d'être la première à entrer dans la voie des conventions relatives aux prisonniers et aux blessés.

Par décret du 3 Ventôse an II, la Convention décidait que « les prisonniers de guerre recevraient dans les hôpitaux les mêmes soins que les autres malades ou blessés. » Plus tard, à la suite de l'assassinat à Lille de quelques chasseurs tyroliens, un autre décret était pris dont l'extrait ci-dessous montre l'inspiration :

L'assemblée nationale, voulant, au commencement d'une guerre entreprise pour la défense de la liberté, régler d'après les principes de la justice et de l'humanité le traitement des militaires ennemis que le sort des combats mettrait au pouvoir de la nation française, décrète :

ART. I[er]. — Les prisonniers de guerre sont sous la sauvegarde de la nation et la protection spéciale de la loi.

ART. II. — Toutes violences ou insultes commises envers un prisonnier de guerre seront punies comme si ces excès avaient été commis envers un citoyen français.

LES UNIFORMES DU SERVICE DE SANTÉ



1833 Chirurgien Aide-Major — Infirmier — 1843 Infirmier — 1844 Inspecteur du Service de Santé — Chirurgien principal — Pharmacien principal (petite tenue) — Médecin — Chirurgien Aide-Major — Pharmacien Sous-Aide



1845 Infirmier — 1852 Inspecteur du Service de Santé — Médecin principal (grande tenue) — Médecin-Major de 1re classe (tenue de campagne) — 1871 Inspecteur — 1883 Médecin-Major de 2e classe — 1887 Infirmier — Médecin-Major de 1re classe — 1900-1914 Officier d'administration de 1re classe — Infirmier

GUERRE 1914



Médecin-Inspecteur général — Médecin principal de 1re classe — Infirmière militaire principale — Pharmacien-Major de 2e classe — Infirmière-Major S. B. M. — Infirmière A. D. F. — Officier d'administration de 2e classe — Infirmière U. F. F. — Infirmière militaire — Infirmier

Aristide Quillet, édit. J. D. Benderly, Del. G. de Malherbe et Cie, Imp.



AMBROISE PARÉ AU SIÈGE DE METZ.
Les blessés ennemis sollicitent ses soins.
Tableau de Boisselier (Musée du Val-de Grâce).

En 1796, sur l'ordre de Percy, le général Moreau avait proposé au général autrichien Kray, lors de l'armistice de Parsdorf, une convention par laquelle les hôpitaux militaires devaient être considérés par les deux armées comme inviolables. A cette convention, qui du reste ne fut pas respectée longtemps, on peut citer quelques précédents isolés :

En 1743, en Allemagne, le comte Stair, commandant l'armée anglaise à Aschaffenburg, avait « fait proposer au général français duc de Noailles, dont l'humanité lui était connue, de respecter et de protéger réciproquement les hôpitaux ». L'accord conclu fut respecté, et le duc de Noailles poussa le scrupule jusqu'à faire prévenir des blessés ennemis, rassemblés dans un village, que ses troupes allaient y passer et qu'il avait « donné les ordres les plus exprès pour qu'ils ne fussent pas inquiétés ».

Un accord du même genre avait été conclu entre le marquis du Barail et Henry Seymour Conway en 1759, lors de la campagne de Flandre, et la même année par le marquis de Rougé et le baron de Buddenbrock.

Certes, de telles pratiques ne furent pas toujours observées, même sous la Révolution. Cependant, dit Peyrilhe, cité par Gama, « les soldats étrangers connaissaient si bien l'humanité des Français pour les blessés et pour les prisonniers qui mettaient bas les armes que je n'ai jamais vu, durant toutes nos campagnes, un seul homme de l'armée ennemie témoigner la moindre crainte de se trouver dans nos positions au milieu des nôtres. Les blessés se rendaient d'eux-mêmes à nos ambulances comme ceux qui sortaient de nos rangs ».

Pendant la campagne d'Italie, au lendemain de Solférino, un pasteur protestant, Dunant, visitant le champ de bataille, fut frappé de pitié devant toutes les horreurs qui se présentaient à sa vue. Il résolut de s'appliquer à y remédier, et fit si bien que, le 26 octobre 1863, se réunissait à Genève une conférence internationale comprenant quatorze représentants des puissances européennes. Une seconde commission réunie l'année suivante établissait le 22 août 1894 la *Convention de Genève*, rédigée en dix articles et signée par treize plénipotentiaires.

Elle proclamait la neutralité des ambulances, des hôpitaux et du personnel médical.

Chacun des pays contractants s'engageait à créer une Société de Secours aux blessés militaires.

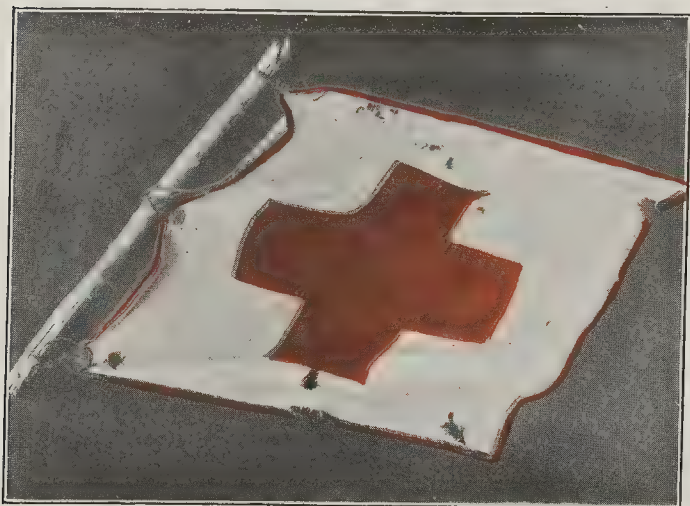
Pour honorer le pays neutre où s'était élaborée cette Convention, on décida que le signe de neutralité serait une croix rouge sur fond blanc, rappelant les couleurs du drapeau national suisse.

Un commencement d'application de la Convention eut lieu pendant la campagne de la Prusse contre l'Autriche en 1866. Cette expérience permit d'ajouter cinq articles additionnels dans une troisième conférence réunie à Genève le 20 octobre 1868.

Quand la guerre de 1870 éclata, il existait donc tout un statut de neutralité et de protection pour le personnel sanitaire et les blessés. Les Allemands cependant furent loin de le respecter toujours.

M. de Freycinet, dans son livre sur *La Guerre en Province*, rapporte qu'aux environs de Dijon, à Hauteville, le 21 janvier 1871, les médecins furent massacrés et les blessés achevés, ainsi que les infirmiers. Les Allemands ont également refusé à diverses reprises de restituer le matériel des ambulances et les médecins.

Pendant le siège de Paris, l'hôpital du Val-de-Grâce, cependant bien reconnaissable au dôme de sa chapelle, reçut plus de trois cents obus.



PHOTOGRAPHIE DU FANION DE L'AMBULANCE N° 1/14
BOMBARDÉE PAR LES ALLEMANDS LE 28 AOUT 1914 A LA BURGONCE.
(Batailles autour de Saint-Dié.)

Tous ces exemples avaient montré au monde civilisé que la *Convention de Genève* était encore insuffisante pour assurer la sécurité des blessés et des médecins. Aussi parut-il nécessaire de l'étendre davantage et, le 6 juillet 1906, une nouvelle réunion, comprenant les délégués de trente-sept États, élabora à Genève une nouvelle rédaction sous le nom de « Convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne. »

Elle comprenait neuf chapitres divisés en trente-trois articles.

C'est cette convention qui a joué pendant la guerre actuelle. En voici les principales stipulations :

Les blessés et malades sont respectés et soignés sans distinction de nationalité.

Si l'un des belligérants est obligé de laisser des blessés et des malades, l'ennemi doit leur assurer des soins en laissant auprès d'eux le personnel et le matériel nécessaires.

Les malades et blessés sont prisonniers de guerre, mais peuvent être échangés, évacués, ou renvoyés après guérison ou internés dans un État neutre.

Les belligérants sont tenus de se tenir réciproquement au courant de l'état nominatif des blessés en traitement, des décès survenus.

Toutes les formations sanitaires mobiles et les établissements du Service de Santé sont neutralisés. Leur personnel peut être armé.

Le personnel subalterne affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des blessés, ainsi qu'à l'administration et à la garde des formations sanitaires, les aumôniers, le personnel des sociétés de secours sont également neutralisés.

Si ce personnel tombe aux mains de l'ennemi, il doit être rendu dès que son concours n'est plus indispensable pour assurer les soins à ses blessés. Il conserve ses effets, armes, chevaux, instruments. L'ennemi lui assure le paiement de sa solde.

Le matériel des formations mobiles est également protégé par la Convention de Genève. Les établissements fixes restent soumis aux lois de la guerre, mais ne peuvent être détournés de leur destination tant qu'ils sont nécessaires pour assurer les soins aux blessés.

Les convois d'évacuation doivent être respectés.

Enfin il est stipulé que la marque distinctive (croix rouge) que porte le personnel sanitaire doit être estampillée par l'autorité militaire compétente et que toutes les formations sanitaires doivent arborer à côté du fanion de neutralité le drapeau de leur nationalité.

Ces conventions strictement appliquées étaient de nature à apporter bien des atténuations aux horreurs de la guerre moderne.

Malheureusement nos ennemis actuels ne s'y sont pas du tout conformés. De même qu'en 1870 ils bombardaient et incendiaient les villes ouvertes, pour se venger des échecs que leur faisaient subir nos troupes, de même en 1914 ont-ils foulé aux pieds tous leurs engagements. La *Convention de Genève* n'est, en effet, qu'un bien petit « chiffon de papier » en comparaison de celle qui garantissait la neutralité de la Belgique.

Ambulances bombardées, blessés achevés ou brûlés vifs, médecins dépouillés ou fusillés, meurtres d'infirmières, infirmiers tués par les officiers allemands auxquels ils apportaient leurs soins, villes ouvertes soumises au plus violent bombardement, médecins retenus en captivité et soumis au plus dur régime, blessés ou malades laissés dans le plus profond dénuement : autant de manquements à la signature donnée qui suffiraient à stigmatiser à jamais une nation, si d'autres crimes plus grands encore n'avaient été commis par elle.

Ces actes de barbarie n'ont en rien diminué le dévouement des médecins et des œuvres charitables chez nous et nos alliés, non plus que l'élan des neutres pour venir en aide aux victimes de la guerre. Et, par une rencontre historique digne de mémoire, c'est le même petit pays neutre où avait été élaborée la réglementation protectrice des blessés qui, dans la présente guerre, a prodigué à ceux-ci, sans distinction d'origine, les soins les plus empressés. Ainsi la plus vieille République de l'Europe a donné une fois de plus aux autres nations l'exemple de cet esprit de solidarité et d'humaine pitié qui est une des plus nobles conquêtes de la civilisation.

Médecin-Major de 1re Classe L. PLISSON

Répétiteur de Chirurgie à l'Ecole du Service de Santé militaire.

CHAPITRE II

LE SERVICE DE SANTÉ EN TEMPS DE PAIX

LA HIÉRARCHIE, LES CADRES ET LES HÔPITAUX DANS L'ARMÉE PERMANENTE

Le Service de Santé, jadis subordonné à l'Intendance, mais autonome depuis 1882, comprenait d'une part un personnel fixe : médecins, pharmaciens, officiers d'administration du Service de Santé, sections d'infirmiers militaires, infirmiers et brancardiers régimentaires; d'autre part les ministres des cultes, le personnel civil attaché d'une façon permanente ou temporaire au Service de Santé et, éventuellement, les détachements du train des équipages militaires ou d'autres troupes.

Tout ce personnel assurait le service médical de tous les éléments militaires du territoire, et avait à sa disposition les infirmeries régimentaires, les hôpitaux militaires, les hôpitaux mixtes, des hôpitaux thermaux, des magasins, un matériel considérable de consommation courante, de réserve et de mobilisation.

Le Service de Santé, avec ces moyens, assurait le traitement des malades et blessés dans les corps de troupe, les grandes écoles militaires, les infirmeries et les hôpitaux; il préparait sa mobilisation; proposait au commandement toutes mesures propres à assurer la santé des troupes, la prophylaxie des maladies contagieuses et la conservation des effectifs.

Les médecins militaires étaient appelés comme experts dans les conseils de révision et les conseils de réforme, établissaient les certificats médicaux nécessaires pour régler la situation médico-légale de tous les militaires.

Médecins. — Les médecins militaires de l'armée de terre (non compris les Colonies, sauf l'Afrique du Nord) étaient recrutés au concours et passaient par l'*École du Service de Santé militaire de Lyon*, dont la création remonte au 25 décembre 1888. D'abord installée dans l'hôpital militaire Desgenettes, elle fut transférée plus tard dans des locaux spécialement construits à son usage, à proximité de la Faculté de médecine.

Pendant les années qui précédèrent immédiatement la mobilisation, les élèves admis par concours et possédant au moins quatre inscriptions de médecine y passaient deux ou trois ans suivant le degré d'avancement de leurs études à l'entrée. Ils étaient internes, mais prenaient leurs inscriptions à la Faculté, y suivaient les cours et travaux pratiques, y passaient leurs examens et y soutenaient leur thèse dans les mêmes conditions que leurs camarades civils.



ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON.
(Façade extérieure.)

Ils recevaient l'instruction clinique dans les divers hôpitaux de Lyon. A l'école, il leur était donné, en outre, par les soins des médecins-majors répétiteurs nommés au concours, un complément d'instruction, soit dans des interrogations, soit dans des conférences, soit dans des exercices pratiques. Enfin, à l'hôpital militaire Desgenettes, ils bénéficiaient encore d'une instruction clinique portant plus spécialement sur la pathologie ordinaire du soldat.

Après avoir passé leur thèse, les élèves de Lyon reçus docteurs en médecine recevaient le grade d'aide-major de 2e classe



UNE REVUE DANS LA COUR INTÉRIEURE DE L'ÉCOLE DE LYON.

et passaient une année à l'*École d'application du Service de Santé du Val-de-Grâce,* où un corps de professeurs et de professeurs agrégés militaires, recrutés au concours, assurait un enseignement complémentaire portant principalement sur la clinique médico-chirurgicale et spéciale (urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc.), l'hygiène et l'épidémiologie militaires, la chirurgie de guerre, l'administration militaire, etc.

Les élèves sortant du Val-de-Grâce *après concours* étaient versés dans les régiments ou les hôpitaux militaires de la métropole ou de l'Afrique du Nord.

Tous les ans, quelques places étaient réservées dans les promotions du Val-de-Grâce à des docteurs en médecine, âgés de moins de vingt-huit ans, qui pouvaient, après concours, entrer directement à l'École d'application.

Le corps ainsi recruté comprenait : 5 médecins inspecteurs généraux, du grade de général de division ; 20 médecins inspecteurs, du grade de général de brigade ; 50 médecins principaux de 1re classe, du grade de colonel ; 95 médecins principaux de 2e classe du grade de lieutenant-colonel ; 370 médecins-majors de 1re classe, du grade de commandant ; 580 médecins-majors de 2e classe, du grade de capitaine; et 590 médecins aides-majors de 1re et de 2e classe, du grade de lieutenant et de sous-lieutenant. Dans ce chiffre sont compris les élèves de Lyon ayant le grade d'aspirant à l'école et de médecin auxiliaire à la mobilisation. Soit en tout 1.710 médecins, dont environ 300 élèves.

Pharmaciens. — Les pharmaciens, également recrutés au concours et appelés à faire, comme les médecins, un stage à l'école d'application du Val-de-Grâce, étaient ensuite répartis entre les hôpitaux militaires, les magasins du Service de Santé et la Pharmacie Centrale. Ils étaient au nombre de 115, dont 1 pharmacien inspecteur (général de brigade), 4 pharmaciens principaux de 1re classe (colonel), 5 pharmaciens principaux de 2e classe (lieutenant-colonel), 30 pharmaciens-majors de 1re classe (commandant), 45 pharmaciens-majors de 2e classe (capitaine), 20 pharmaciens aides-majors de 1re classe (lieutenant) et 10 pharmaciens aides-majors de 2e classe (sous-lieutenant).

Officiers d'administration du Service de Santé et sections d'infirmiers militaires. — Les officiers d'administration, au nombre de 390, étaient recrutés par l'école d'administration de Vincennes.

A leur sortie ils étaient affectés dans les différents cadres administratifs du Service de Santé : sections d'infirmiers, hôpitaux, magasins, directions, etc. Leur hiérarchie allait du grade d'officier d'administration de 3e classe (sous-lieutenant) à celui d'officier principal (commandant).

Ils avaient un rôle de gestion ou d'administration sous la direction et le contrôle des médecins (directeurs de régions, médecins-chefs d'hôpitaux, etc.).

Les sections d'infirmiers, au nombre de 25, comprenaient en tout environ 6.000 hommes, appartenant pour moitié au service auxiliaire et répartis suivant les besoins par le ministre entre les différentes sections, dont l'effectif pouvait varier de 50 à 500. Les hommes de ces sections étaient affectés dans les directions, les magasins, les hôpitaux. Ils ne participaient pas au service des corps de troupe.

Les infirmiers militaires étaient divisés en deux catégories : *infirmiers d'exploitation, infirmiers de visite.* Les premiers étaient exclusivement employés aux gros travaux et portaient le numéro correspondant à la section. Les infirmiers dits de visite, sélectionnés par un petit examen après avoir suivi des cours techniques, étaient employés plus spécialement dans les hôpitaux (salles d'opérations, salles de malades, laboratoires, pharmacies, etc.). Ils se distinguaient par le droit au port du caducée.

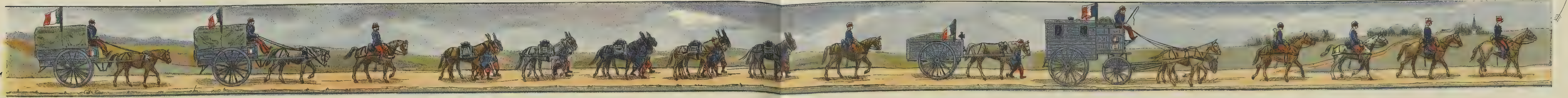


ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE LYON.

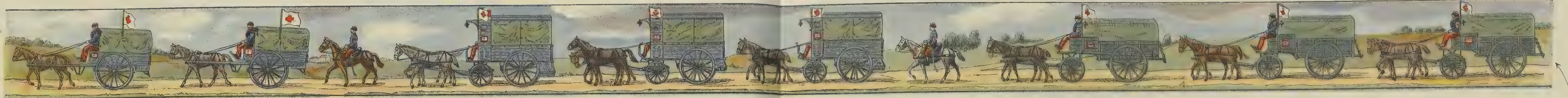
Organisation générale du Service. — A la tête du Service de



1re SECTION.
Médecin major de 1re Classe Chef — Médecin major de 2e Classe Chef de la section d'hygiène et de prophylaxie — Officier d'administration de 1re Classe — Sergent — Section d'hygiène et de prophylaxie — Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — 1er peloton. — Chien sanitaire. — Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — 2e peloton. — Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — 3e peloton. — Sergent — 4e peloton.



2 voitures à deux roues pour blessés. — Maréchal des logis (train) — 10 mulets (6 cacolets, 4 litières) — Brigadier (train) — Voiture médicale — Voiture du personnel (4 ministres des cultes) — Trompette. — Maréchal des logis (train) — Vétérinaire. — Officier du train.



2 voitures à deux roues pour blessés. — Brigadier (train) — 3 grandes voitures pour blessés. — Brigadier (train) — 2 fourgons de service de santé. — Fourgon à vivres



Chien sanitaire. — 6e peloton. — Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — 5e peloton — Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — Officier d'administration de 3e Classe — Médecin major de 1re Classe

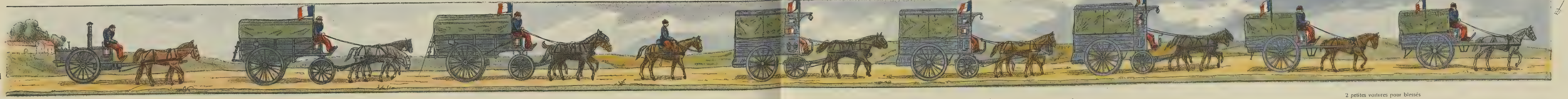
2e SECTION.

Fin de la 1re SECTION.

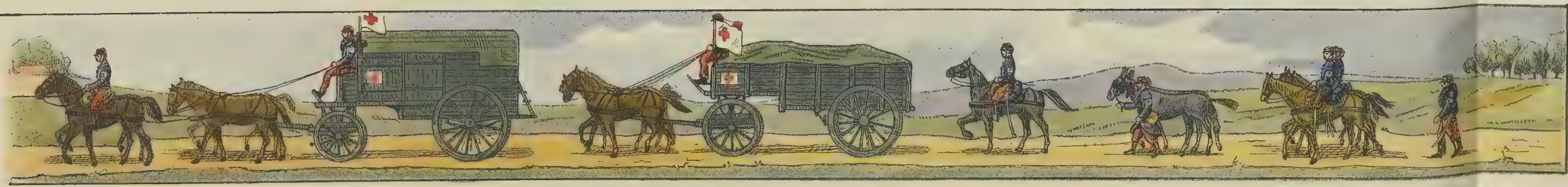
3 ordonnances (train) — 4 cavaliers du train — 2 cavaliers du train (1 ouvrier, un maréchal-ferrant). — Maréchal des logis (train) — 2 chariots de parc. Contenant chacun 15 brouettes porte-brancards et 15 brancards du service de santé



Médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire — 7e peloton. — Sergent — 8e peloton — Chien sanitaire. — Maréchal des logis (train) — Trompette — Voiture médicale. — Brigadier (train) — 10 mulets (6 litières, 4 cacolets) — 2 petites voitures pour blessés



Cuisine roulante. — Fourgon à vivres — Fourgon du service de santé — Brigadier (train) — 3 grandes voitures pour blessés. — 2 petites voitures pour blessés



Fourgon forge. — Chariot de parc. — Maréchal des logis (train) — 2 mulets haut le pied — 3 cavaliers du train. 1 maréchal-ferrant 1 bourrelier 1 conducteur — 2 ordonnances (train)

Fin de la 2e SECTION.

GROUPE DE BRANCARDIERS DE CORPS D'ARMÉE (1914)

Les groupes de brancardiers sont destinés à relever et à transporter les malades et les blessés jusqu'aux ambulances et éventuellement jusqu'à d'autres formations sanitaires

d'après l'aquarelle du médecin-major de 2e Classe NOTIN

A. PIERSON, graveur

Santé se trouvait la *Direction du Service de Santé* au ministère de la Guerre *(7e direction)*. Cet organisme central avait, sous le contrôle du ministre de la Guerre, la direction générale du Service et assurait la préparation à la mobilisation.

Auprès de lui existait le *Comité Consultatif de Santé*, remplaçant l'ancien Conseil de Santé, composé de onze membres et présidé par un médecin inspecteur général. « En dehors de ses fonctions spéciales (examen des dossiers de pensions, gratifications, mise en non-activité ou réforme pour cause de blessures ou infirmités), le Comité se prononce sur les affaires qui lui sont déférées par le ministre... Il apprécie les travaux scientifiques qui sont adressés au ministre par les membres du Corps de Santé militaire et désigne ceux qui peuvent être publiés dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires.* » Il dressait en outre le programme des examens pour l'admission à l'école de Lyon, ainsi que celui des différents concours auxquels pouvaient prendre part les membres du Corps de Santé militaire.



ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ (VAL-DE-GRACE).

Une *section technique* composée d'un personnel fixe et de membres externes faisait primitivement partie du Comité technique. Plus tard elle fut rattachée à la 7e direction. Elle étudiait plus spécialement les questions techniques relevant du Service de Santé et soumises à son examen par le ministre, le directeur ou le Comité Consultatif.

Dans le territoire, à la tête du Service de Santé de chacun des corps d'armée, était placé *un directeur du Service de Santé du corps d'armée*, du grade de médecin inspecteur ou de médecin principal de 1re classe, qui, sous l'autorité et le contrôle du général commandant le corps d'armée, avait la direction de tout le service médical du corps d'armée.

Exécution du service. — Dans les corps de troupe, le service médical était assuré par le médecin chef de service (médecin-major de 1re classe dans les régiments d'infanterie, de génie, d'artillerie ; médecin-major de 2e classe dans les régiments de cavalerie et les bataillons de chasseurs). Ce médecin chef était assisté par un ou plusieurs médecins sous ses ordres.

Ce service médical régimentaire assurait la visite journalière des malades et le traitement des malades légers à l'infirmerie ; le service médical des marches, tirs, manœuvres de toute nature ; il surveillait l'hygiène du casernement, et proposait dans cet ordre d'idées toutes mesures utiles aux autorités compétentes : colonel du régiment, général commandant la place, service du génie, directeur du Service de Santé.

Il assurait l'entretien du matériel de réserve et de mobilisation. En outre, la plupart du temps, les médecins de régiment étaient aussi désignés pour assurer un service hospitalier, les services de place, etc.



GALERIE D'HONNEUR DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

Les régiments comprenaient également des infirmiers et des brancardiers (quatre infirmiers par bataillon et seize brancardiers), choisis dans la troupe et instruits par les soins du médecin chef de service du régiment. Seuls les infirmiers étaient employés à l'infirmerie à tour de rôle pour y compléter leur instruction. Ils pouvaient même être désignés pour un stage dans les hôpitaux militaires ou mixtes afin d'y parfaire leur culture médicale.

Les malades et blessés graves étaient

traités dans les hôpitaux militaires ou mixtes. Le service était assuré : dans les grands hôpitaux, par des médecins spécialement affectés ; dans les hôpitaux mixtes, le plus souvent par un ou plusieurs médecins des corps de troupe en résidence dans la place.

Approvisionnement et matériel. — L'approvisionnement du Service de Santé en matériel technique et en matériel pharmaceutique était assuré par les Magasins Centraux du Service de Santé et par la Pharmacie Centrale, installés dans le gouvernement militaire de Paris. Il existait également un magasin et une pharmacie régionale à Marseille, destinés plus spécialement à approvisionner l'Algérie et les colonies.

La réserve générale du matériel de mobilisation était entreposée dans les docks du Service de Santé, à Paris.

Enfin, dans chaque région de corps d'armée, existait un magasin régional, dépendant des docks centraux, et où était déposé le matériel de mobilisation du corps d'armée.

Telle était, dans son ensemble, l'organisation du Service de Santé avant la guerre.

Médecin-major de 1re Classe L. PLISSON
Répétiteur de chirurgie à l'Ecole du Service de Santé militaire.

LA PRÉPARATION A LA GUERRE

Avant la guerre et sauf les médecins et pharmaciens, le grand public ne connaissait du Service de Santé militaire que son labeur quotidien apparent, c'est-à-dire les soins donnés aux soldats, et ses efforts sanitaires sur le terrain de l'hygiène générale et de l'épidémiologie.

Mais, à côté de cette tâche déjà lourde, le Service de Santé devait en accomplir une autre, moins apparente, plus discrète, mais d'une importance primordiale : la préparation à la guerre.

La préparation à la guerre, pour le Service de Santé, est d'une extrême complexité. Comme les autres services, il doit prévoir l'instruction du personnel, la constitution du matériel nécessaire aux besoins des armées ; et il lui faut en outre organiser le transport et l'hospitalisation des blessés.

C'est dire que la préparation à la guerre devait être envisagée à un triple point de vue :

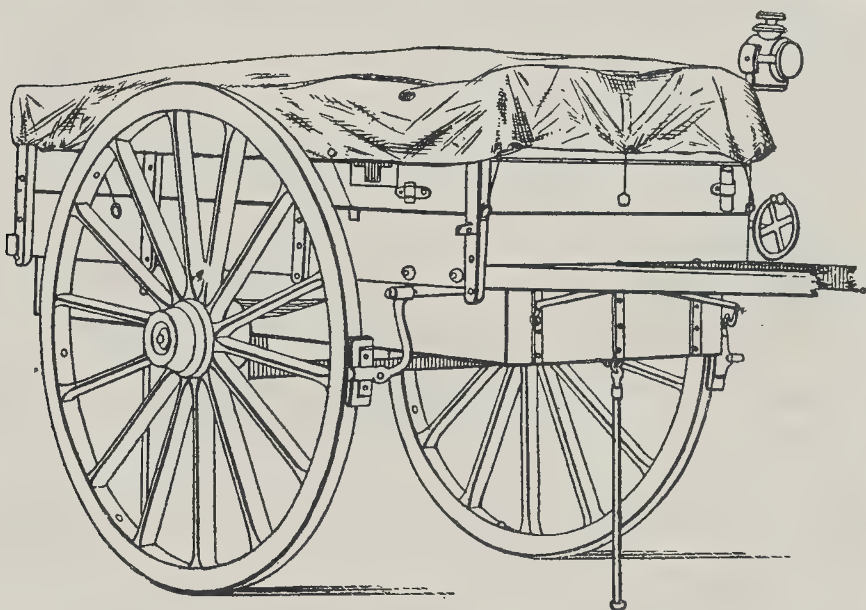
1° L'instruction du personnel;

2° La constitution du matériel et des formations sanitaires de l'avant;

3° L'hospitalisation sur le territoire.

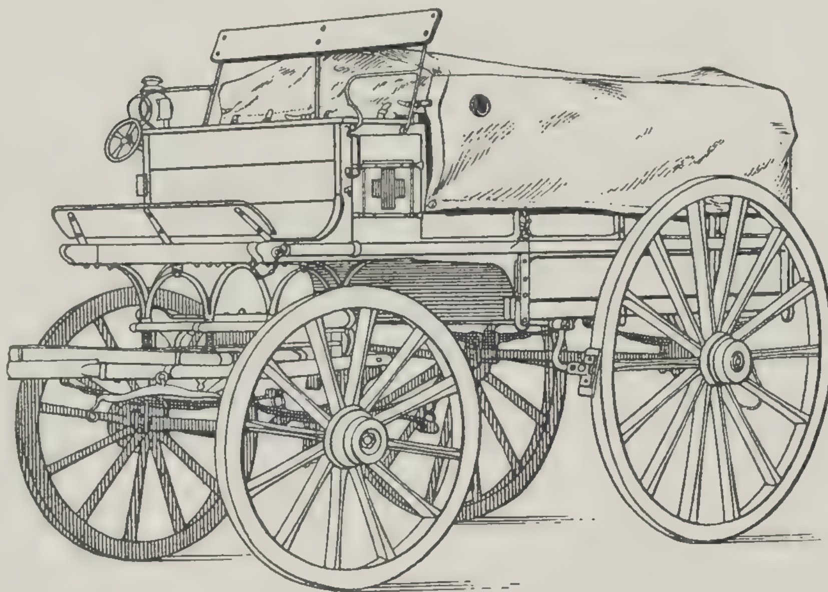
Ajoutons en passant que la guerre a trouvé ce service en pleine réorganisation, car le nouveau règlement sur le Service de Santé en campagne venait seulement de recevoir un commencement de réalisation, surtout au point de vue de la transformation du matériel.

Le nombre des médecins militaires de carrière étant seulement, ainsi que nous l'avons indiqué, de 1.710, la mobilisation allait appeler dans les cadres 15.724 médecins de complément. Ceux-ci devaient avoir reçu au préalable une instruction militaire et administrative suffisante pour leur permettre, au moment voulu, de remplir les multiples obligations résultant de l'état de guerre, et pour transformer en médecins militaires, c'est-à-dire en chefs responsables, les praticiens français appelés aux armées.


VOITURE MÉDICALE RÉGIMENTAIRE, MODÈLE 1888.
(Pour l'infanterie et l'artillerie montée.)

Cette instruction spéciale à vrai dire avait reçu une base, au cours du service militaire. Chaque médecin, en effet, pendant cette période quelquefois lointaine, avait servi comme infirmier. A ce souvenir de jeunesse se rattachaient les souvenirs du régiment : la caserne, la visite, les marches sur les routes poudreuses, les

manœuvres... Il connaissait le soldat, son endurance, son esprit, ses besoins. Admirable préparation pour le médecin d'une armée nationale et qui explique la confiance, et aussi l'affection respectueuse des soldats de la grande guerre pour le major.



VOITURE MÉDICALE RÉGIMENTAIRE.
(Pour la cavalerie.)

Il convenait toutefois de familiariser les médecins de complément avec le matériel qui, en cas de mobilisation, serait mis à leur disposition, et avec le service éventuel auquel ils seraient appelés en temps de guerre. Cette instruction spéciale était assurée par des convocations à des périodes d'instruction, soit pour coopérer au service normal des corps de troupes ou des hôpitaux militaires, soit pour assister aux grandes manœuvres d'automne, communes à toutes les armes ou services, soit pour participer à des manœuvres spéciales au Service de Santé.

Ces manœuvres spéciales du Service de Santé étaient des plus utiles : correspondant aux manœuvres de cadres des armes combattantes, elles comprenaient un enseignement théorique consistant en conférences faites par des médecins militaires de carrière, et un enseignement pratique. Celui-ci avait pour but de faire connaître dans ses détails le matériel du Service de Santé en campagne : instruments de chirurgie, matériel de pansement, voitures diverses, moyens de transport, etc...

La période d'instruction se terminait par des opérations tactiques fictives effectuées sur le terrain par le Service de Santé (relèvement des blessés, installation d'ambulances, évacuations, etc.)

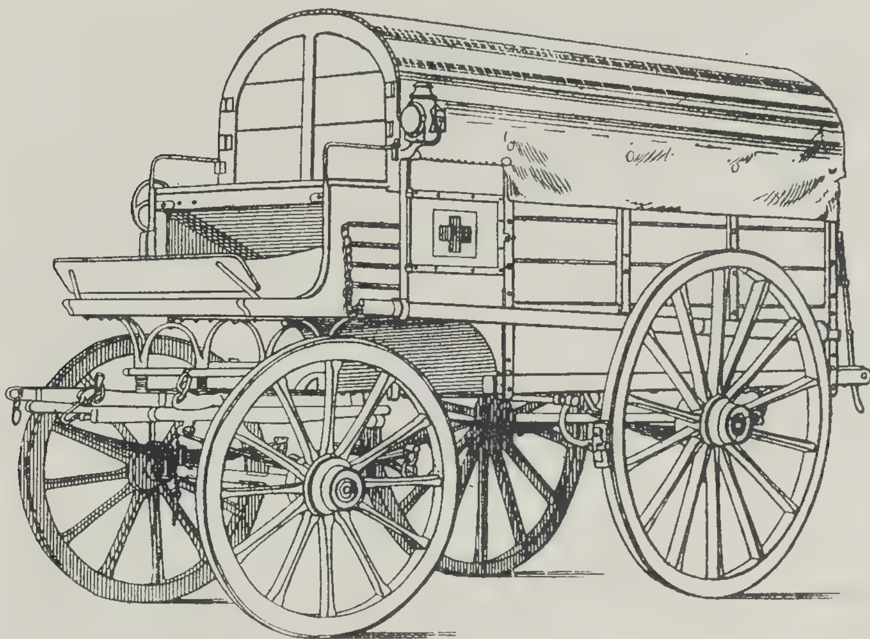
Telles étaient les grandes lignes du programme des périodes d'instruction des médecins de complément.

Nombreux sont ceux qui en août 1914 se sont félicités d'y avoir assisté, et d'arriver ainsi aux premiers jours de la mobilisation avec quelques notions des choses de la guerre.

Dès le temps de paix, les affectations à donner lors de la mobilisation aux officiers du Service de Santé étaient soigneusement prévues : régiments, ambulances, hôpitaux, etc. ; et chaque officier était porteur de son ordre de mobilisation lui précisant le jour, l'heure de son départ, et le lieu où il devait se rendre.

En ce qui concerne le matériel du Service de Santé, le matériel des corps de troupe était réuni, dès le temps de paix, dans les magasins régimentaires, et comprenait, par bataillon, une voiture médicale régimentaire à deux roues, 68 brancards, 10 musettes à pansement, soit une possibilité de 580 pansements.

Ajoutons que chaque homme était pourvu du paquet individuel de pansement qui a rendu d'inappréciables services. Dans la cavalerie et l'artillerie un matériel plus léger était également prévu d'après les mêmes principes.



FOURGON DU SERVICE DE SANTÉ.
(Ambulance.)

La constitution des ambulances a nécessité de la part du Service de Santé le maximum de prévisions et d'efforts. L'ambulance constitue en effet, d'après le règlement de 1910, le rouage fondamental du Service de Santé à l'avant. Son personnel comprend 6 médecins, dont 2 montés ; 1 pharmacien ; 2 officiers d'administration, dont 1 monté ; 38 infirmiers, dont 2 sous-officiers ; 13 soldats du train, dont 1 sous-officier. Parmi les infirmiers étaient compris un certain nombre de cuisiniers, tailleurs, menuisiers, serruriers, etc., de telle sorte que l'ambulance pût se suffire à elle-même, dans les situations difficiles ou imprévues où les nécessités de la guerre risquaient de la placer.

Le matériel roulant de l'ambulance est considérable : 4 fourgons du Service de Santé,

1 fourgon à vivres, et la voiture du personnel dont le nom seul rappelle aux médecins d'ambulance des premiers mois de la campagne maintes anecdotes, parfois joyeuses et souvent tragiques.

Le total des chevaux d'une ambulance est de 21. La longueur en colonne doit être de 100 mètres, et la durée d'écoulement sur route d'une minute quinze secondes. La durée d'embarquement de deux heures pour 4 ambulances (à raison de 4 ambulances par train).

Au jour de la mobilisation, chaque médecin chef d'ambulance recevait un journal de mobilisation lui indiquant, pour les trois ou quatre jours précédant le départ, sa tâche quotidienne : groupement des officiers et des infirmiers, choix des chevaux, réception des voitures, du matériel. La préparation du matériel a été l'objet de soins minutieux, aussi bien en ce qui concerne le choix des pansements que pour la constitution de l'arsenal chirurgical, lequel était particulièrement bien conçu.



Photo Meurisse.
AMBULANCES AUTOMOBILES (DEVANT LES INVALIDES).

Des appareils à fracture, des brancards, un certain nombre de paillasses, draps, couvertures, des vivres et ustensiles de cuisine, et enfin 2 tentes système Tortoise complétaient le chargement des fourgons.

Chaque ambulance contient 2.148 pansements.

Les deux tentes Tortoise peuvent abriter de 30 à 60 blessés.

Les ambulances de division de cavalerie, beaucoup plus légères, comportent seulement 3 médecins et un officier d'administration, tous montés, 20 infirmiers avec conducteurs, 22 chevaux, et un seul fourgon du Service de Santé renfermant le matériel, l'arsenal chirurgical et 800 pansements. Mais elle est dotée de 6 petites voitures pour le transport des blessés.

Les groupes de brancardiers représentent également un élément important du Service de Santé aux armées. Ce sont eux qui sont chargés de la relève des blessés, de concert avec les brancardiers régimentaires, et principalement de leur transport du poste de secours à l'ambulance; il a donc fallu prévoir, outre un personnel brancardier, un énorme matériel de transport, conduit par des soldats du train des équipages.

A chaque division est attaché le groupe des brancardiers divisionnaires, et à chaque corps d'armée un groupe de brancardiers de corps, ce dernier pourvu d'une section d'hygiène et de prophylaxie.

A la mobilisation, le groupe de brancardiers divisionnaires comprenait deux médecins, un officier d'administration, un officier du train, un ministre du culte catholique, 144 infirmiers, dont 5 médecins auxiliaires, 63 soldats ou sous-officiers du train des équipages, 22 voitures ou fourgons et 73 chevaux ou mulets de bât.

La capacité de transport est de 200 blessés environ (maximum 272).

Le groupe de brancardiers de corps, plus important, comprend 7 officiers, 3 ministres des cultes, un détachement d'infirmiers de 224 unités, un détachement de conducteurs du train de 83 unités, 27 voitures et 96 chevaux ou mulets.

La capacité de transport est de 350 blessés environ (maximum 449).

Notons qu'à l'heure actuelle les voitures automobiles pour transport de blessés ont remplacé en partie les voitures hippomobiles dans les divers groupes de brancardiers.

La section d'hospitalisation comprend 3 fourgons du Service de Santé. Comme son nom l'indique, elle représente un matériel d'hospitalisation, et elle est adjointe à une ambulance, quand celle-ci s'immobilise, lui permettant de porter à 100 lits sa capacité hospitalière.

Elle constitue également une réserve de pansements (466), d'ustensiles et de linges divers (serviettes, chemises, sarraux, etc.).

L'hôpital d'évacuation comprend un personnel de 12 officiers et 52 infirmiers. Son matériel est considérable. Il représente en effet l'approvisionnement de 22 ambulances et de 2 sections d'hospitalisation, 100 brancards, 100 supports-brancards, 100 appareils de suspension.

Le train sanitaire improvisé comprend un matériel composé de brancards, d'appareils de suspension, de couvertures, de pansements et d'ustensiles divers permettant un transport maximum de 400 blessés (40 wagons).



CAMPEMENT D'AMBULANCES.

Si l'on considère qu'à la mobilisation et pour chaque corps d'armée, il était prévu 16 ambulances, un hôpital d'évacuation, deux groupes de brancardiers divisionnaires et un groupe de brancardiers de corps, on imagine quelle quantité de matériel devait être préparée et maintenue en état par le Service de Santé. Il faut encore y ajouter les formidables réserves qui étaient constituées dans les stations magasins, les magasins centraux et les pharmacies.

Ce rapide exposé permet de se rendre compte de la tâche qui incombait au Service de Santé pour les seuls besoins de l'avant, et ce ne fut pas un des moindres étonnements du corps médical de constater, au début de la guerre, la régularité des opérations de la mobilisation.

Le Service de Santé, avons-nous dit, avait encore à préparer dès le temps de paix l'hospitalisation éventuelle des blessés de la guerre sur le territoire. Celle-ci supposait : d'une part une connaissance méthodique des besoins hospitaliers ; ensuite et surtout des prévisions assez précises sur le nombre des hospitalisés.

A cet égard, seule l'expérience des guerres modernes pouvait servir de base. C'est pourquoi, aussi bien pendant la guerre russo-japonaise que pendant la guerre des Balkans, des missions de médecins militaires français avaient été envoyées sur le théâtre des opérations. Les travaux de ces missions furent extrêmement utiles, mais, à les consulter maintenant, on se rend compte de l'insuffisance des données acquises, si on les applique à la guerre actuelle.

L'éducation militaire des soldats, la masse des effectifs, la perfection des armements, et aussi le courage individuel des combattants ont rendu la guerre beaucoup plus meurtrière, et, chez tous les belligérants, le nombre des blessés a dépassé les prévisions.

En temps de paix, le Service de Santé disposait de 41 hôpitaux militaires, représentant 14.680 lits, et d'environ 40.000 lits dans les hôpitaux mixtes ou civils du territoire, soit un total de 54.983 lits (y compris un certain nombre de lits inoccupés en temps de paix, mais susceptibles d'être utilisés à la mobilisation). Les instructions du 3 mai 1899 et du 25 mai 1913 prévoyaient l'utilisation, en temps de guerre, des ressources du pays pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'arrière. Conformément à ces instructions, de nombreux établissements (écoles, lycées, hôtels, etc.) furent désignés dès le temps de paix pour être utilisés comme hôpitaux à la mobilisation, soit par le Service de Santé lui-même, soit par les sociétés d'assistance aux blessés. Ces hôpitaux dits temporaires se divisaient en deux catégories : les hôpitaux complémentaires, gérés par le Service de Santé et



AMBULANCE EN MARCHE

rattachés pour la plupart à un hôpital militaire, et les hôpitaux auxiliaires gérés par les Sociétés d'assistance.

Pour chacun de ces hôpitaux était établi un journal de mobilisation qui comprenait :

1° Une description des locaux et l'exposé des modifications à leur faire subir, avec les affectations spéciales de ces mêmes locaux correspondant à leur nouvelle destination.

2° Le détail du matériel, des ustensiles et fournitures diverses nécessaires à l'hôpital, avec la liste des fournisseurs ayant souscrit un marché éventuel, ou l'indication des réquisitions à pratiquer.

3° L'emploi du temps, minutieusement réglé pour assurer l'organisation du nouvel hôpital, en vue de son fonctionnement au jour fixé.

4° L'état nominatif du personnel, et enfin un certain nombre de données utiles pour l'exécution générale du service, ou précisant certains points particuliers.

La rédaction et la mise au point permanente de ces journaux de mobilisation nécessitait un travail considérable grâce auquel, dans le courant du mois d'août 1914, furent constitués 609 hôpitaux complémentaires, avec 98.143 lits, et 485 hôpitaux auxiliaires, avec 28.209 lits, soit un total de 126.352 lits.

En même temps les disponibiltés hospitalières furent accrues dans les hôpitaux militaires, les hôpitaux de places fortes, les hôpitaux mixtes ou civils, pour atteindre un total de 108.750 lits.



ARRIVÉE D'UNE AMBULANCE DANS UNE COUR DE FERME.

Au début d'août 1914, les disponibilités hospitalières du territoire étaient donc de 235.102 lits.

Ce chiffre, cependant élevé, devait néanmoins rester au-dessous des nécessités. D'ailleurs, l'envahissement du territoire nous enlevait bientôt 60.000 lits.

Aussi, dès le 9 août 1914, le développement des moyens d'hospitalisation fut-il énergiquement poursuivi.

Sans entrer dans des détails qui dépasseraient notre cadre, disons cependant que ces disponibilités hospitalières ont pu dépasser 500.000 lits, dont un très grand nombre furent laissés volontairement disponibles pour faire largement face à tous les événements imprévus.

En ce qui concerne l'hospitalisation des blessés sur le territoire, les Sociétés de secours aux blessés ont apporté au Service de Santé une aide précieuse et une utile collaboration en se préparant avec lui et dès le temps de paix au rôle si important qu'elles devaient jouer à la mobilisation.

La Société Française de Secours aux Blessés, l'Union des Femmes de France, l'Association des Dames Françaises avaient en effet recruté un personnel d'élite de sœurs infirmières et de médecins non soumis aux obligations militaires ; en outre, des locaux étaient prévus pour l'organisation d'hôpitaux.

De nombreuses conférences théoriques et pratiques étaient faites aux dames adhérentes de ces différentes Sociétés par leurs médecins et par des médecins militaires, assurant ainsi un enseignement technique consacré par des diplômes.

L'œuvre des Sociétés d'assistance aux blessés sera exposée plus loin avec toute l'ampleur qu'elle mérite, mais il était nécessaire de marquer ici le rôle important qu'elles ont eu à jouer dès le temps de paix afin de pouvoir, au jour de la mobilisation, réaliser le programme d'humanité et de dévouement qu'elles s'étaient assigné.

Telle fut, esquissée succinctement, la tâche du Service de Santé dans la préparation à la guerre. Mission, comme on en peut juger, infiniment lourde et délicate. Le lecteur qui aura bien voulu nous suivre dans cet exposé, peut-être un peu aride, aura pu cependant se rendre compte de ce qui existait au point de départ. Il lui deviendra dès lors plus facile de mesurer, aux résultats actuellement obtenus, les efforts et le zèle déployés par tous ceux qui, à un titre quelconque, appartiennent au Service de Santé militaire.

Dr SCHEFFLER

Membre de la Commission Supérieure Consultative Médicale.

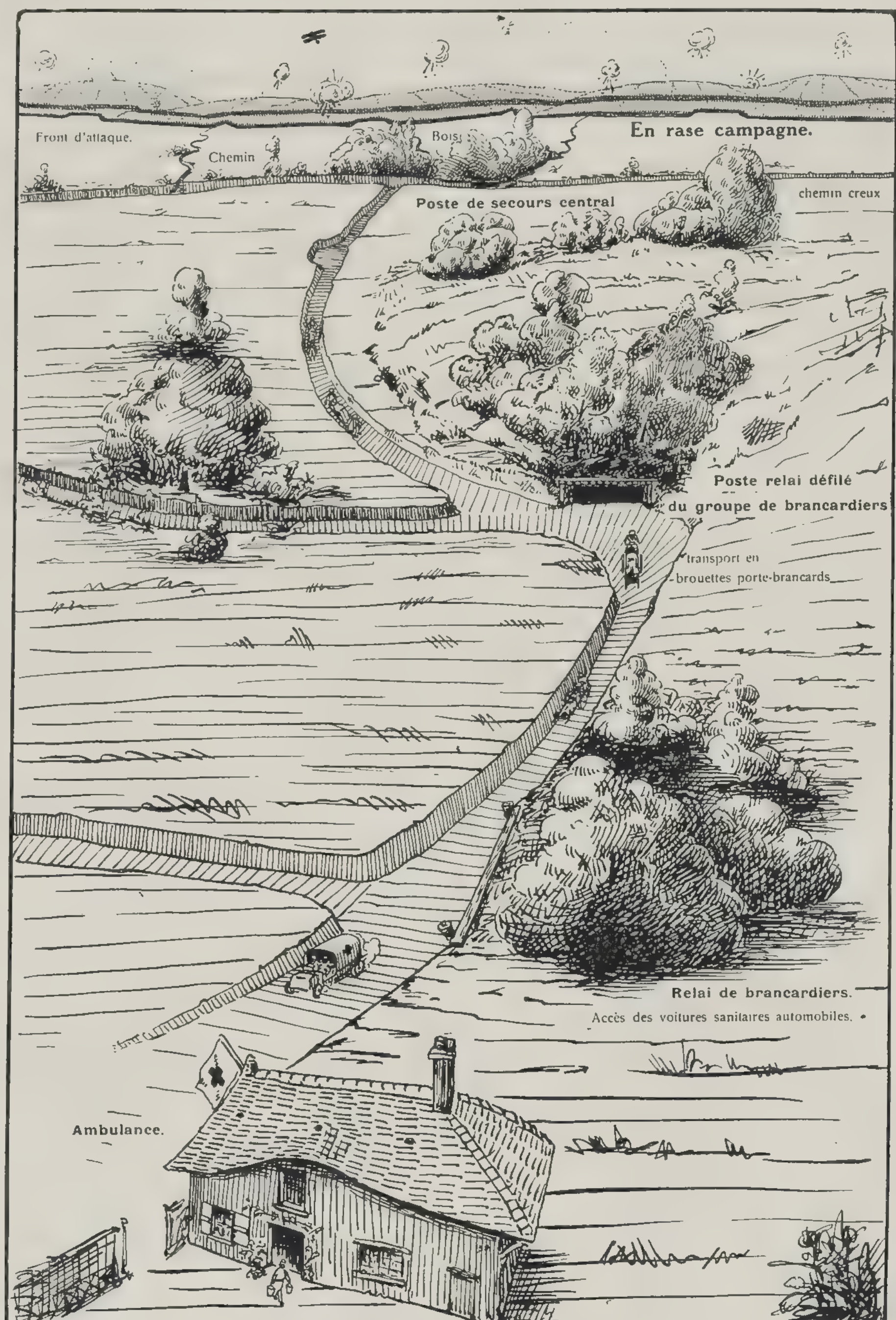
CHAPITRE III

LE SERVICE DE SANTÉ PENDANT LA GUERRE

LE SERVICE DE SANTÉ DU CHAMP DE BATAILLE

Le personnel du Service de Santé d'un régiment partage intimement la vie du soldat et ses risques : au médecin-major, chef de service, sont adjoints dans chaque bataillon un médecin aide-major et un médecin auxiliaire : tous doivent être jeunes, actifs, vigoureux et braves. Leur rôle demande une force morale soutenue.

Ils ont comme collaborateurs directs, dans chaque compagnie, 1 infirmier et 4 brancardiers, hommes solides et courageux qui relèvent les blessés sur la ligne de feu et les transportent au poste de secours. Un caporal brancardier est, en outre, adjoint au médecin de bataillon en vue de coordonnerles mouvements des équipes de brancardiers. Un sous-officier brancardier seconde de même, au poste de secours principal ou de régiment, le médecin chef de service dont il est l'homme de confiance. Enfin, 38 musiciens complètent ce personnel : ils sont chargés, sous la direction du chef de musique et l'autorité du médecin chef de service, du transport des blessés du poste de secours de bataillon au poste de secours central du régiment et, suivant les circonstances, plus en arrière, au relai de brancardiers, où les blessés sont chargés sur les voitures d'évacuation.



LE SERVICE DE SANTÉ EN RASE CAMPAGNE.

Fonctionnement du service en rase campagne.

La guerre actuelle a traversé deux périodes très différentes : guerre en rase campagne ; guerre de tranchées.

En rase campagne, dès que les positions de combat sont prises, chaque médecin de bataillon doit prévoir et organiser un poste de secours (ou poste de recueil) destiné au groupement des blessés du bataillon.

Pratiquement, l'installation de ce poste de secours se fera assez tardivement (quand le combat commence à se

stabiliser), en plein air le plus souvent, dans un pli de terrain, au croisement des chemins qui desservent le secteur du bataillon; à proximité d'un point d'eau : l'attraction qu'exerce sur l'artillerie ennemie tout lieu habité proscrit l'utilisation des maisons dont les caves, tout au plus, pourront servir d'abris provisoires. A ce poste de secours avancé, le médecin de bataillon déploie son matériel avec l'aide de ses infirmiers, pendant que le médecin auxiliaire active les brancardiers, et surveille, sur le terrain même, la relève des blessés et leur transport au poste de secours. Si ce dernier est encombré, le médecin chef du régiment envoie les musiciens procéder à l'évacuation des blessés vers le poste de secours régimentaire.

Souvent, les postes de secours de bataillon et le poste de secours régimentaire seront confondus en un poste unique. Ce poste de secours central de régiment est installé plus en arrière, et, quand cela est possible, dans une ferme, une usine, une école : les salles, les hangars sont rapidement débarrassés et garnis de lits de paille et de

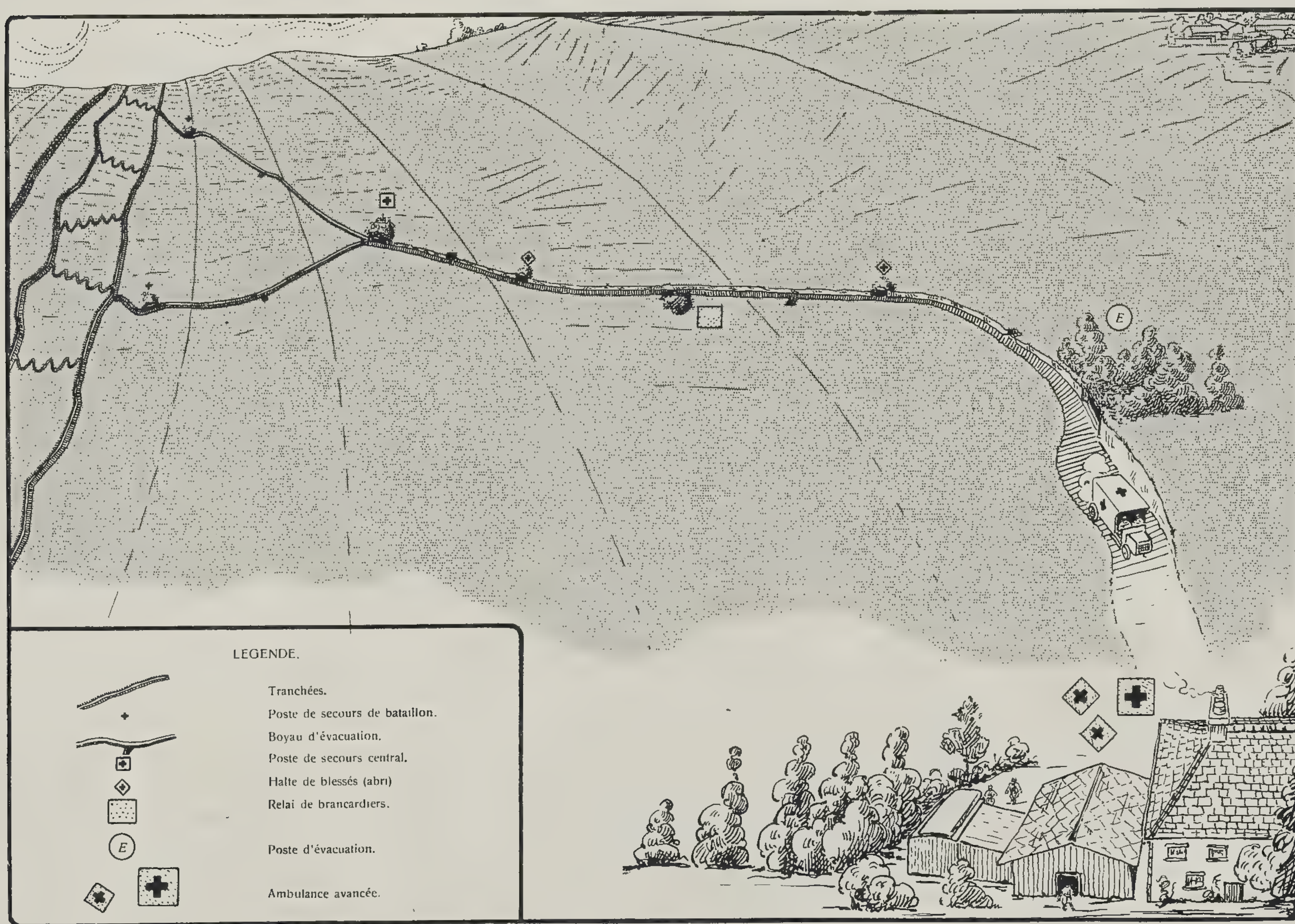


Schéma Duguet.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS LES TRANCHÉES

matelas trouvés sur place; des boissons chaudes sont préparées, le matériel est déballé; les voitures du village sont réquisitionnées et aménagées pour aider au transport des blessés vers les ambulances.

Tout cela paraît simple et bien réglé; mais en réalité combien est pénible et angoissant le rôle du médecin chef ! Dans le drame sanglant qui se joue autour de lui, outre ses préoccupations techniques, il doit rester *en liaison* constante, d'une part avec ses postes de secours de bataillon afin de prévenir leur encombrement, d'autre part avec le médecin divisionnaire qui lui fournira les moyens d'évacuation (brancardiers, voitures, autos) pour éviter que son poste principal ne soit lui-même envahi par les blessés de toute provenance et de toute nature, avec le colonel du régiment enfin pour être tenu au courant des fluctuations de la lutte et se trouver en mesure de prendre les dispositions nécessaires (avance ou recul). Souvent d'ailleurs, livré à lui-même, il devra deviner la situation, « se débrouiller », faire preuve d'initiative, laissant le chef de corps à ses préoccupations tactiques.

Rôle chirurgical du poste de secours.

Le brancardier régimentaire relève le blessé sur le champ de bataille, lui applique le pansement individuel (qui fait obligatoirement partie normale de l'équipement du soldat) et le transporte au poste de refuge ou au poste

de secours. Il sait immobiliser une fracture à l'aide de moyens de fortune (fourreau de baïonnette, bâton, courroie de sac, pan de la capote), arrêter provisoirement une hémorragie à l'aide d'un garrot — fonctions modestes en apparence, mais importantes et souvent périlleuses.

Au poste de secours (de bataillon ou de régiment), tous les blessés sont examinés par les médecins : la plaie est débarrassée des souillures, nettoyée *sans exploration profonde*, recouverte d'un pansement approprié. L'immobilisation des fractures est plus facilement obtenue à l'aide de toiles métalliques, d'attelles, de paillons, de stores. Une pince, un tamponnement d'attente sont appliqués sur les vaisseaux qui saignent et remplacent le garrot. Pas d'interventions chirurgicales, sauf celles destinées à parer à un danger immédiat (asphyxie, hémorragie) ou à régulariser une amputation déjà presque réalisée par le projectile.

Les moyens matériels, le temps manquent pour faire œuvre chirurgicale étendue : les blessés affluent, provoquant des rassemblements qui attirent le feu de l'artillerie ennemie; au plus vite, ils doivent être confiés aux véhicules des groupes de brancardiers et des sections sanitaires automobiles, qui font la navette entre le poste de secours, les postes d'évacuation et les ambulances.

Tel est le rôle, simplement esquissé, du Service de Santé au combat en rase campagne. Il est fait d'adaptation, d'ingéniosité, d'organisation, de sang-froid et de courage. Et, au milieu de cette instabilité, doit prédominer le souci d'exercer une action technique bienfaisante sur le blessé, dont l'avenir dépend des premiers soins qui lui auront été donnés.

Guerre de tranchées

Dans la guerre de tranchées, le tableau est tout différent. Les organisations sont plus stables : c'est déjà la guerre de siège. Le personnel sanitaire vit en permanence avec le soldat et partage plus étroitement encore ses dangers.

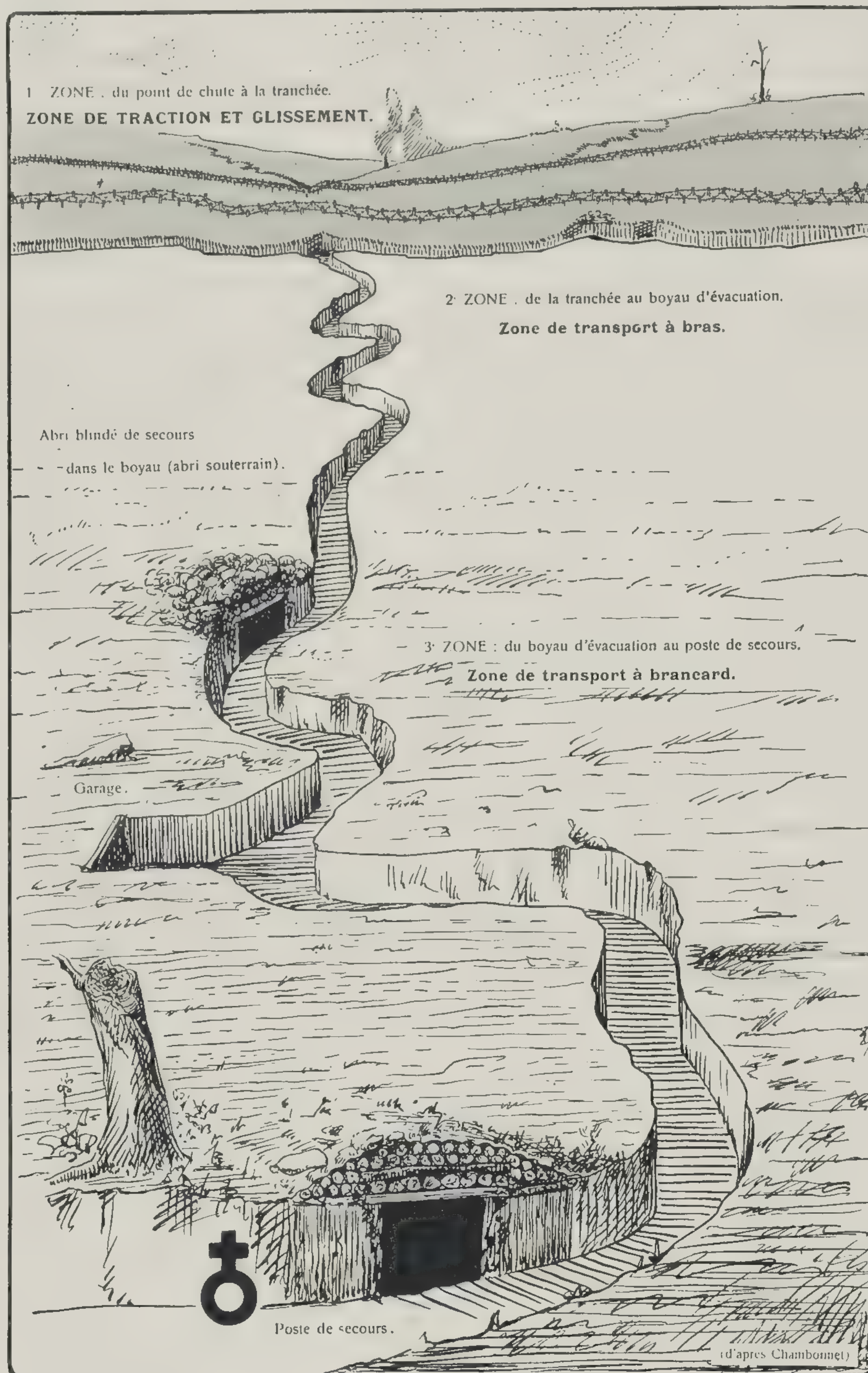


SCHÉMA GÉNÉRAL DU TRANSPORT DES BLESSÉS DANS LA TRANCHÉE.

Le fonctionnement du Service de Santé est soudé aux voies de communication, boyaux et tranchées, qui dessinent un vaste réseau (Trabaud) marqué de gares (postes de secours secondaires ou de bataillon, postes de secours principaux ou de régiment) et dont le terminus est au poste d'évacuation, où des ambulances sont installées, quand cela est possible, dans des points abrités et défilés. Entre les postes de secours et le poste d'évacuation sont organisés des postes de relai, tenus par des brancardiers divisionnaires, où les blessés trouvent un abri et des boissons chaudes. Enfin, sur le parcours même, sont prévus, de 500 en 500 mètres, des abris ou *haltes de blessés*.

Suivons pas à pas le Service de Santé dans la tranchée.

Le blessé qui tombe entre les lignes ennemies reste une cible vivante pour l'Allemand; même légèrement atteint, il devra attendre, immobile parmi les morts, que la nuit soit venue pour gagner péniblement la tranchée. Combien de médecins et de brancardiers ont payé de leur vie leurs tentatives pour se porter pendant le jour au secours d'un



TRANSPORT SUR LE CHAMP DE BATAILLE.

camarade blessé ! Sitôt l'obscurité venue, rampant sur le sol, évitant tout bruit, ils se dirigent vers le blessé et, glissant sous lui une toile de tente, le traînent vers la tranchée. Qu'une fusée éclairante illumine la nuit, brancardiers et blessé se plaquent contre le sol, confondus avec les cadavres, puis ils reprennent leur lent et dangereux cheminement jusqu'à la tranchée, et de là au poste de secours.

Véritable souterrain blindé, à l'épreuve des obus de moyen calibre, le poste de secours est garni de paille, ou mieux de couchettes superposées (en bois ou en treillis métallique) et de bancs ; il doit pouvoir abriter une vingtaine de blessés couchés et 30 ou 40 blessés assis.

Les blessés y sont examinés, désinfectés, pansés, immobilisés, soumis aux interventions d'extrême urgence, et triés sommairement : ceux qui peuvent marcher sont évacués sans délai sur le poste d'évacuation ; les blessés couchés sont confiés aux équipes de brancardiers divisionnaires, qui les transportent du poste de secours principal de régiment au poste d'évacuation. Enfin les blessés trop graves sont conservés sur place.

La formule du Service de Santé sur le champ de bataille est que « le secours doit aller au blessé ». Les conséquences qui en découlent sont la précocité des premiers soins, et la célérité de l'évacuation. Or, en prévision des difficultés éventuelles et du retard de l'évacuation, le blessé doit être traité le plus promptement possible, « non seulement par l'application rapide d'un pansement individuel, ou de quelques attelles, mais encore par des moyens plus complets et plus perfectionnés, pour lui permettre d'attendre, soit dans la tranchée, soit derrière l'abri le plus voisin où on l'a amené, qu'on puisse le faire passer dans une formation suffisamment bien installée et relativement stable ». Dans la pratique, le problème du retard dans l'évacuation est résolu, d'une part, en poussant la voiture automobile sanitaire *le plus près possible* de la tranchée (aujourd'hui, des blessés sont opérés dans les ambulances quelques heures à peine après avoir été atteints), et, d'autre part, en perfectionnant l'organisation matérielle du poste de secours qui, transformé en poste chirurgical souterrain avancé, permet à des chirurgiens experts de pratiquer sur-le-champ des opérations dont la réussite est une question d'heures (ligatures, laparotomies).

Cette dernière conception n'est évidemment réalisable que dans le cas d'actions militaires peu actives. Au contraire, si les blessés affluent en grand nombre, le poste de secours, sous peine d'être insuffisant, doit évacuer rapi-



TRANSPORT A BRAS DANS LA TRANCHÉE.

dement ces blessés vers les diverses formations sanitaires dont nous allons étudier maintenant l'organisation et le fonctionnement.

Les formations sanitaires

Ambulances et hôpitaux d'évacuation

L'organisation des formations sanitaires de l'armée française est fondée sur des considérations d'ordre militaire et des considérations d'ordre technique.

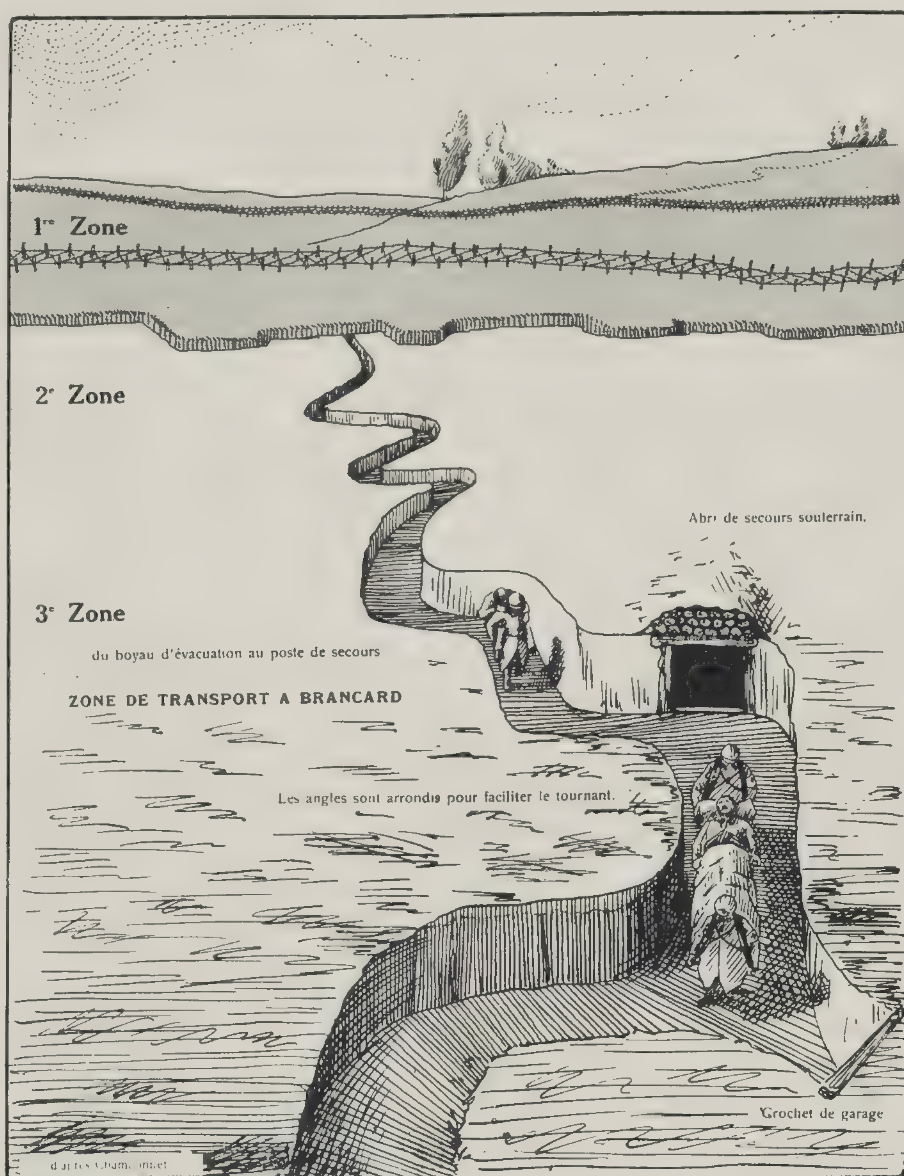
Les considérations d'ordre militaire reposent sur la nécessité :

1° De conserver dans la zone des armées, à proximité des troupes, les blessés légers susceptibles d'être récupérés en quatre à cinq semaines et de reprendre leur place dans le rang;

2° De favoriser l'évacuation confortable et prompte, sur l'intérieur, de tous les blessés justiciables d'une hospitalisation supérieure à cinq semaines;

3° D'assurer l'hospitalisation dans la zone des armées de tous les blessés gravement atteints, pour lesquels l'évacuation serait un danger.

Les considérations d'ordre technique sont les suivantes :



TRANSPORT A BRANCARD DANS LA TRANCHÉE.

1° Il doit s'écouler un minimum de temps entre le moment de la blessure et le moment de l'intervention chirurgicale : d'où rapidité du transport du blessé vers la formation sanitaire;

2° La distance entre le lieu où le blessé est tombé et le lieu où il est soigné doit être réduite au minimum.



Photo section photographique de l'armée.

POSTE DE SECOURS.

Il en résulte que la chirurgie de guerre est non pas la chirurgie de l'intérieur du territoire, mais la chirurgie de la zone des armées. Ces considérations de minimum de distance et de minimum de temps sont les mêmes que celles qui se rapportent à la chirurgie du temps de paix; elles se présentent, dans les armées, pendant les périodes de calme stratégique. Mais une donnée nouvelle intervient lorsque les armées sont en période d'activité : c'est la nécessité de débarrasser les hôpitaux du front d'un nombre considérable de blessés dont *l'évacuation* s'impose, alors, avec tous ses à-coups *spasmodiques*. Le principe technique qui domine cette évacuation est qu'aucun blessé ne sera évacué sur l'intérieur ou la zone des armées, sans avoir été préala-

blement *examiné*, *pansé* et *opéré*, s'il y a lieu, par un chirurgien qualifié ou sous sa direction.

Comment s'adaptent à ces nécessités les formations sanitaires, le matériel technique, le personnel ?



Photo section photographique de l'armée.

ENTRÉE D'UN POSTE DE SECOURS DEVANT THIAUMONT (MEUSE).

Le matériel technique

Il faut : 1° des formations sanitaires légères, sur roues, mobiles, destinées à donner les premiers soins et susceptibles d'accompagner les troupes dans leurs évolutions : ce sont les *ambulances d'infanterie*, au nombre de deux par division et deux en réserve par corps d'armée ; 2° des formations plus stables, véritables *centres chirurgicaux* des armées, et qui sont : soit des centres hospitaliers de la zone des armées, existant déjà dès le temps de paix ; soit des centres hospitaliers créés de toutes pièces : les *hôpitaux d'évacuation.*

Enfin, pour parfaire cette organisation, il existe deux ordres de formations chirurgicales particulières, à caractère exclusivement technique, nées depuis le début de la guerre. Les unes sont des groupes automobiles légers *(groupes complémentaires de chirurgie)*, constitués par un camion et une remorque portant un groupe électrogène, du matérial radiologique, des appareils de stérilisation, une baraque opératoire démontable.

Les autres sont les *ambulances chirurgicales automobiles*, grosses formations constituées de trois camions portant un matériel de stérilisation, de radiologie, un groupe électrogène, et une grande salle d'opération. Ce sont en réalité des services aseptiques chirurgicaux roulants qui, s'accolant à des ambulances d'infanterie, à une autre ambulance chirurgicale ou à un hôpital d'évacuation, constituent de très gros groupements opératoires.

Indépendamment du matériel spécial qui se trouve compris dans la constitution de ces formations sanitaires, existe une riche organisation radiologique qui fera l'objet d'une étude spéciale.

Il a été, d'autre part, organisé dans chaque armée un atelier de réparation et de distribution d'instruments de chirurgie et de gants de caoutchouc.

Un service de stérilisation en grand de tout le matériel de pansement est organisé dans les principaux centres hospitaliers, les hôpitaux d'évacuation, qui possèdent, à cet effet, de très vastes autoclaves ou des étuves de différents modèles.



Photo Plisson.

ENTRÉE D'UN POSTE DE SECOURS SOUTERRAIN.

Si nous faisons alors une revue d'ensemble du matériel chirurgical technique des armées, nous voyons qu'il existe, outre les ambulances d'infanterie, formations non spécialisées et interchangeables, des organes mobiles de corps d'armée et de division, qui peuvent circuler et s'installer partout, peu visibles aux avions, et qui apportent à ces ambulances d'infanterie un supplément d'organisation matérielle et technique : ce sont les groupes complémentaires de chirurgie. Ces organes très nombreux constituent le *groupe chirurgical avancé.*

Plus à l'arrière se trouvent, à quinze ou vingt kilomètres de la ligne de feu, des formations chirurgicales plus considérables, plus importantes : ce sont les ambulances chirurgicales automobiles, qui constituent des



Photo section photographique de l'armée.

CONSTRUCTION D'UN POSTE DE SECOURS SOUTERRAIN.

usines chirurgicales à grand rendement, accolées ou non aux grands hôpitaux d'évacuation.

Le personnel

Il a été constitué, à l'aide des ressources de chaque formation sanitaire, des *équipes chirurgicales* composées d'un chirurgien, de son aide, d'un anesthésiste, de deux infirmiers. Des équipes analogues sont formées à l'intérieur. Des échanges d'équipes peuvent être ainsi effectués entre les armées et, au besoin, entre les armées et l'intérieur.

L'instruction technique des médecins, des chirurgiens des armées est poursuivie pendant les saisons d'hiver, grâce à des cours d'une durée de deux mois, dirigés par les chirurgiens les plus éminents des armées et destinés aux médecins des ambulances et des régiments, choisis parmi ceux qui sont susceptibles de se perfectionner dans la chirurgie de guerre.

En outre, *des réunions médico-chirurgicales* se tiennent dans les armées, mensuellement ou bi-mensuellement, groupant tous les médecins de formations sanitaires et ceux des régiments. Les comptes rendus en sont publiés dans les journaux médicaux périodiques.

Un enseignement particulier pour *l'immobilisation des fractures* a été organisé à Châlons-sur-Marne. Là, les armées envoient pour un stage de dix jours des médecins qui, sous la direction des chefs de service, sont initiés aux premiers soins et à l'immobilisation des fractures des membres et plus particulièrement des membres inférieurs. Ces médecins sont destinés de préférence à être utilisés dans les hôpitaux d'évacuation pour vérifier et au besoin appliquer les appareils d'immobilisation des blessés qui doivent être évacués.

Chaque armée possède de plus un ou plusieurs *services spécialisés pour le traitement des fractures graves des membres*. Autant que possible, ces divers services sont conjugués avec des services situés à l'arrière, où les blessés sont évacués et conservés sous la surveillance du chirurgien de l'avant qui leur a donné les premiers soins. En outre, des services de prothèse dentaire sont organisés dans chaque armée. Enfin, il a été prescrit que chaque gros centre hospitalier chirurgical devait posséder un chirurgien spécialisé en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie, destiné à donner les soins d'urgence aux blessés atteints de lésions graves des yeux, des oreilles, etc.

La *coordination* des divers services chirurgicaux de l'avant et des étapes est assurée par des *chirurgiens consultants* de corps d'armée et de centre hospitalier, chargés de la surveillance chirurgicale des formations sanitaires dépendant du corps d'armée ou du centre hospitalier. Ces chirurgiens, choisis en raison de leur autorité scientifique et de leur expérience de la chirurgie d'armée, ont pour mission de donner aux chirurgiens placés sous leur contrôle tous conseils techniques à propos des opérations, pansements et soins à donner aux blessés. Il est fait appel à leur



Photo section photographique de l'armée.

VUE DE L'INTÉRIEUR D'UN POSTE DE SECOURS.

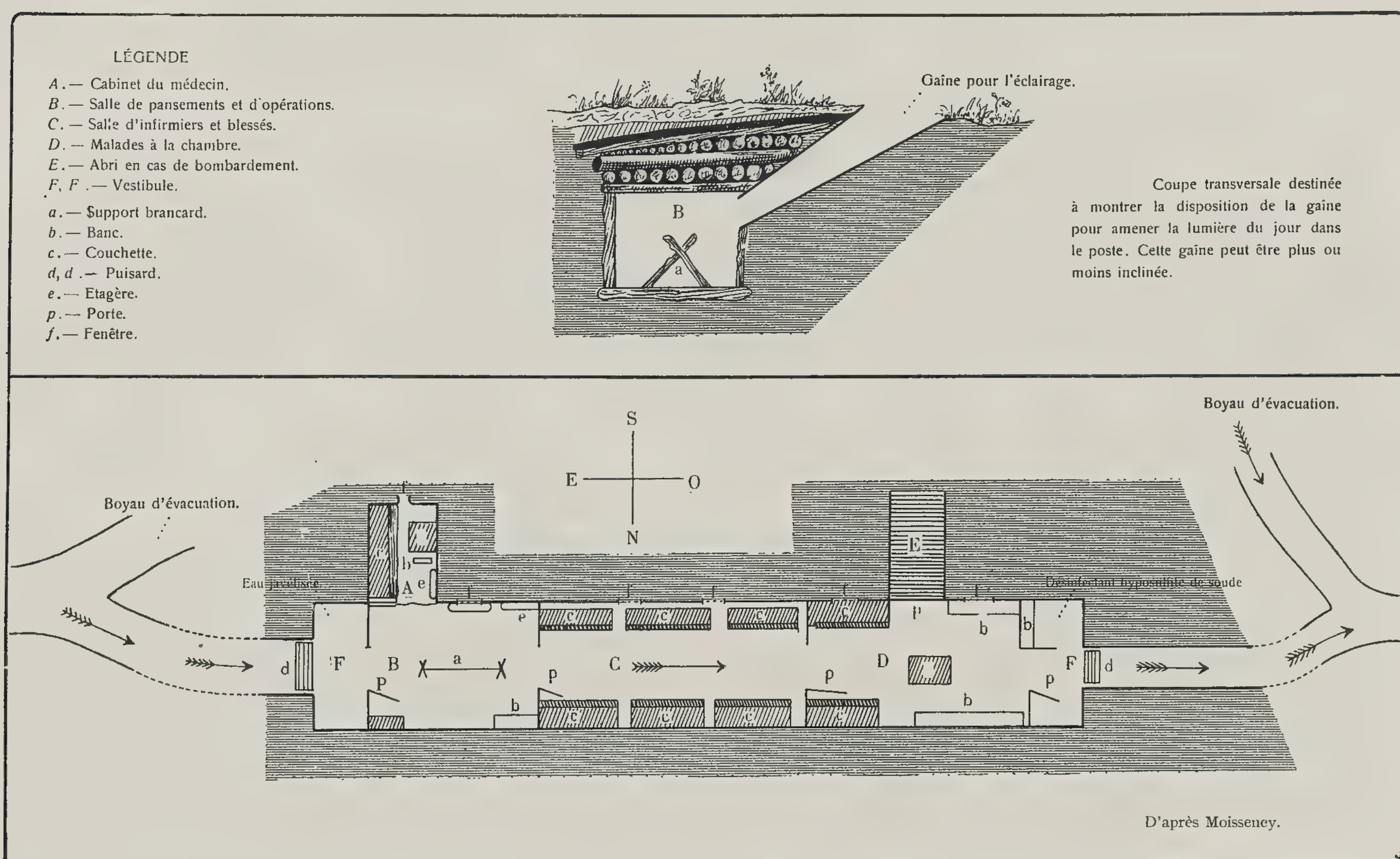
expérience pour les consultations et opérations. Enfin, il existe auprès du sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé des chirurgiens consultants d'armée (un par armée), chargés de missions dans les armées, en vue d'exercer un contrôle technique d'ensemble sur les conditions dans lesquelles s'effectue le traitement des blessés, et sur les améliorations techniques à y apporter.

Une organisation analogue existe pour le contrôle de la médecine.

Fonctionnement d'ensemble

Prenons les blessés au moment où ils viennent de tomber sur le champ de bataille et suivons-les jusqu'à l'intérieur.

Le blessé relevé est transporté du poste de secours au poste d'évacuation pour être confié aux voitures des groupes de brancardiers, ou aux sections sanitaires automobiles. Là peuvent être vérifiés les pansements, mais la



PLAN SCHÉMATIQUE D'UN POSTE DE SECOURS.

proximité de l'ennemi empêche généralement l'installation d'une ambulance ou d'un groupement d'ambulances tels qu'on les conçoit actuellement. Force est donc de rechercher un emplacement un peu plus en arrière. Sans que l'on puisse donner de formule précise, les premières ambulances doivent s'installer le plus près possible des troupes, dans la zone qui échappe au bombardement systématique de l'ennemi.

En principe, les ambulances ne doivent pas être réparties de la ligne de feu jusqu'aux hôpitaux en forme de chapelets, mais réunies en *groupements*, qui ont pour but, en période d'activité intensive, moins d'arrêter les blessés que de faciliter l'acheminement rapide vers les gros centres hospitaliers de ceux qui sont justiciables soit d'une évacuation, soit d'une intervention chirurgicale. Ces *groupements avancés d'ambulances* sont constitués par des ambulances d'infanterie, ambulances à chevaux, qui viennent s'installer autour des groupes complémentaires de chirurgie. L'installation peut se faire dans une ferme, dans une usine, ou, à défaut, en plein champ, sous des tentes ou des hangars d'aviation.

Les blessés atteints d'un gros fracas du crâne, d'un hémothorax progressif, ceux pour lesquels la ligature d'une artère est nécessaire, tous ceux en un mot qui sont justiciables de la chirurgie d'extrême urgence, ou pour lesquels le transport crée un danger immédiat, sont retenus dans ce groupement avancé d'ambulances pour y être opérés s'il y a lieu. Les blessés légers, au contraire, après un simple pansement, sont groupés, chargés en camions automobiles et dirigés sans retard vers les gares d'évacuation, de façon à éviter que la véritable formation chirurgicale de l'armée,

c'est-à-dire le centre hospitalier d'évacuation, ne soit encombré par leur arrivée en nombre considérable. Quant aux blessés moyens et graves, qu'ils soient évacuables ou non, ils sont, après examen, dirigés sans délai sur le centre hospitalier ou sur l'hôpital d'évacuation. Il est interdit, au cours de cette évacuation, de renouveler les pansements chaque fois que ce ne sera pas nécessaire, et de procéder à des interventions qui devraient être abandonnées et reprises à quelques kilomètres à l'arrière dans le gros centre hospitalier.



Photo section photographique de l'armée.

AMBULANCE CHIRURGICALE SOUTERRAINE : LA SALLE DES MALADES.

Tel est le principe du fonctionnement général des ambulances et du triage des blessés, particulièrement en période d'opérations militaires actives.

En période de calme stratégique, au contraire, certaines ambulances à destination chirurgicale fonctionnent comme les services chirurgicaux du temps de paix et assurent d'une manière générale les soins à donner aux blessés. Ces soins sont, dans tous les cas, donnés sous la direction technique du chirurgien consultant du corps d'armée. D'autres ambulances sont plus spécialement destinées au traitement des malades, des éclopés.



Photo section photographique de l'armée.

PANSEMENT D'UN BLESSÉ DANS UN POSTE DE SECOURS SOUTERRAIN.

Des ambulances avancées, le blessé est acheminé vers l'hôpital d'évacuation ou le centre hospitalier.

L'*hôpital d'évacuation* est la formation chirurgicale principale des armées. Il se trouve, d'une façon générale, à 12 ou 15 kilomètres de la ligne de feu, c'est-à-dire qu'il est trop loin pour être soumis à un bombardement intensif.

En principe, toutes les formations chirurgicales peuvent être bombardées à moins de 25 kilomètres; mais d'une façon générale la distance de 15 kilomètres représente une sécurité moyenne. Ces hôpitaux sont de très grosses agglomérations, constituées par des baraques en planches, en nombre considérable (une centaine au moins), ou par des tentes ou des hangars. Les ressources hospitalières sont en moyenne de 800 places pour blessés à hospitaliser et de 1.200 à 2.000 places pour blessés à évacuer. Il est prévu différents quartiers autonomes : hospitalisation, évacuation, éclopés, malades, contagieux. Le personnel se compose de 60 à 80 médecins, de 15 à 18 équipes chirurgicales, de 800 infirmiers. Si les armées avancent, ces hôpitaux d'évacuation devront se construire sous tentes. Ce sont des villes chirurgicales improvisées. Là, les

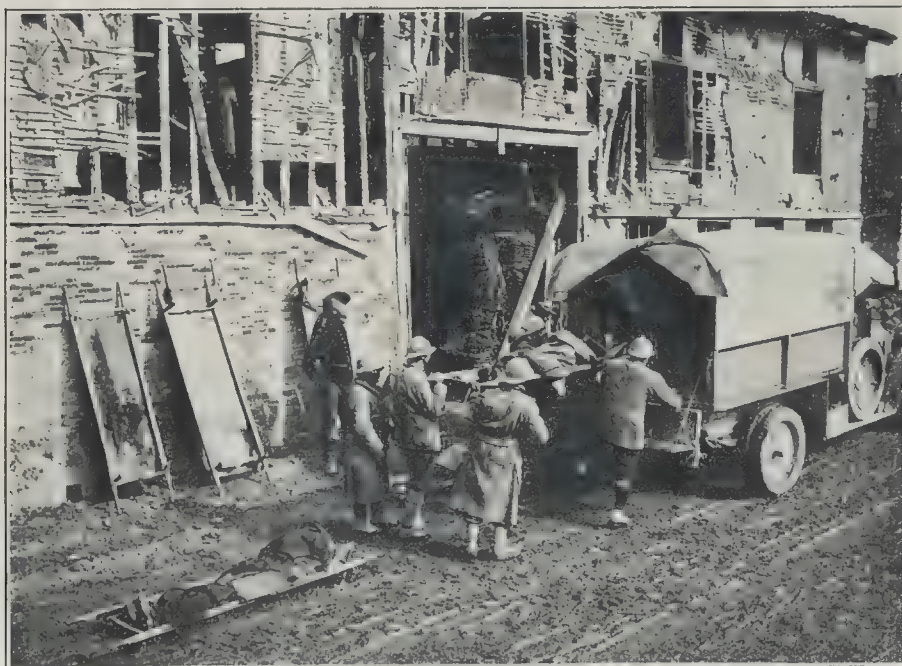


Photo section photographique de l'armée.

EMBARQUEMENT DE BLESSÉS DANS UNE AUTOMOBILE SANITAIRE A SOUAIN.



Photo Forgue.

SALLE D'OPÉRATION D'UN GROUPE COMPLÉMENTAIRE DE CHIRURGIE.

blessés sont examinés en détail à l'entrée, en vue d'une opération urgente, de leur hospitalisation sur place, ou de leur évacuation, suivant le degré de gravité de leur blessure.

On calcule, pour l'appréciation du personnel nécessaire à ces hôpitaux, qu'une table opératoire reçoit, par vingt-quatre heures, 20 blessés graves, 40 blessés moyens et 80 petits blessés. Mais il y a un point capital : c'est la corrélation absolue entre le fonctionnement du groupe avancé d'ambulances et le rendement chirurgical de l'hôpital d'évacuation.

C'est à l'hôpital d'évacuation qu'incombe l'embarquement du blessé dans les trains sanitaires. Il est prescrit qu'une dernière revision des blessés aura lieu dans les trains sanitaires, au moment de leur sortie de la zone des armées : cette revision est faite à ce que l'on appelle la *gare régulatrice sanitaire.* A cette gare, le train stationne pendant une heure, et tous les blessés sont revus dans le train les uns après les autres. Ceux dont l'état s'est aggravé, ceux dont le pansement a besoin d'être refait sont descendus pour être, suivant le cas, rechargés dans un train suivant ou hospitalisés dans une formation à proximité de la gare régulatrice sanitaire.



Photo Forgue.

AUTO CHIRURGICALE EN ORDRE DE MARCHE.

En résumé, conformément aux principes directeurs mentionnés précédemment, sont conservés dans la zone des armées : les blessés légers, d'une part, jusqu'à guérison et en vue de leur récupération prochaine ; les blessés graves, d'autre part, pour y être opérés et jusqu'à ce que l'amélioration de leur état permette sans danger leur évacuation sur l'intérieur. Ne sont dirigés primitivement sur les hôpitaux du territoire que les blessés de gravité moyenne et après avoir été préalablement l'objet, dans les grands centres hospitaliers des armées, d'un examen et des soins de première urgence, sous la direction d'un chirurgien.



Photo Forgue.

SALLE D'OPÉRATION D'UNE AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE.

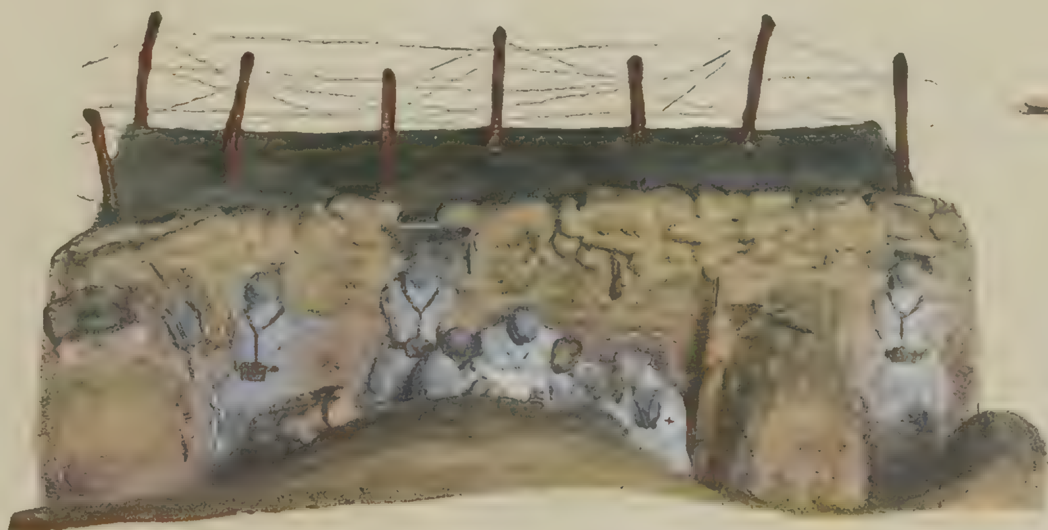
Dépôts d'éclopés et de convalescents

Ces formations jouent, vis-à-vis des armées, le rôle des infirmeries du temps de paix.

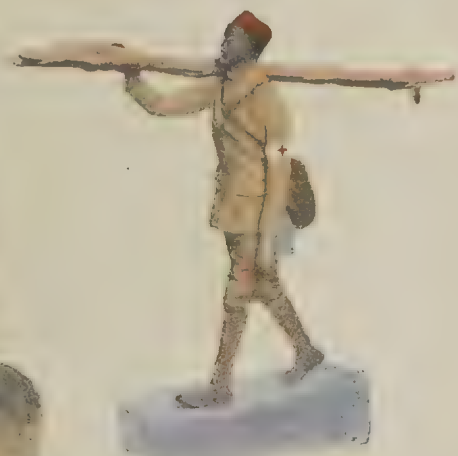
Elles sont destinées à recevoir les malades et les blessés *(en dehors de toute blessure de guerre)* atteints d'affections bénignes et susceptibles de guérir en quatre à cinq semaines, ainsi que les convalescents sortant des hôpitaux. (Cette dernière catégorie se trouve notablement réduite par l'attribution des congés de convalescence et des permissions de sept jours.) Tous ces hommes devant reprendre rapidement leur place dans le rang, leur



BRANCARDIER.



PREMIERS PANSEMENTS DANS LA TRANCHÉE.



BRANCARDIER SÉNÉGALAIS.



TRANSPORT DE BLESSÉS PAR AUTOMOBILE.



TRANSPORT DE BLESSÉS PAR LA BROUETTE PORTE-BRANCARD.



INFIRMIÈRE-MAJOR.



TRANSPORT DES BLESSÉS DANS LES BOYAUX.

ARISTIDE QUILLET, EDIT. JEAN LARRIVÉ, SCULPT. (MUSÉE DU VAL-DE-GRACE). G. DE MALHERBE ET Cie, IMP.

maintien dans la zone des armées est indispensable au point de vue de la conservation des effectifs. « A ce titre, les dépôts d'éclopés constituent une réserve de combattants destinée à rendre aux corps de troupe des hommes retrempés par une détente physique et morale de quelques jours. » Ces considérations expliquent l'extension considérable donnée à ces formations.



Photo Plisson.

RÉCEPTION A UNE AMBULANCE DE BLESSÉS ATTENDANT LEUR EXAMEN.

Les dépôts d'éclopés sont des formations militaires commandées par un officier choisi pour ses qualités spéciales d'organisation, et auquel est adjoint un médecin ayant l'expérience du milieu militaire, assisté d'un nombre variable de collaborateurs.

Ils tiennent donc de la caserne par l'organisation et la discipline, et de l'hôpital par leur destination médicale. Ils sont installés dans une caserne, dans un collège, ou, à défaut, dans des baraques, soit à l'avant (dépôts divisionnaires), soit à l'arrière (dépôts d'armée). Leur contenance est variable (trois cents à mille lits et plus).



Photo section photographique de l'armée.

VUE GÉNÉRALE D'AMBULANCES SOUS TENTES.

L'organisation de ces dépôts doit être réglée d'après les différentes catégories de malades et blessés qu'ils doivent recueillir. A ce titre, il y a lieu de prévoir les principaux services suivants :

1° *Affections externes légères* (entorses, hydarthroses, atrophies, abcès, hémorroïdes, varices, plaies banales, hernies, etc., etc.);

2° *Affections internes bénignes* (surmenage, troubles cardiaques, troubles dyspeptiques, affections rhumatismales légères, névralgies);

3° *Affections spéciales,* constituant autant de services distincts, d'importance variable d'ailleurs :

a) *Dermatologie* (eczémas, gale, furonculose, psoriasis, etc...);

b) *Oto-rhino-laryngologie* (otites, surdité, laryngites, etc...);

c) *Ophtalmologie* (vices de réfraction, conjonctivites, kératites, etc...);

d) *Vénéréologie;*

e) *Stomatologie* (extractions, pansements, etc...).



Photo section photographique de l'armée.

UNE OPÉRATION DANS UNE AMBULANCE.

Des médecins spécialistes sont affectés à chacun de ces services, qu'ils assurent sous la direction du médecin-chef.

Une *infirmerie-hôpital* doit être organisée dans chaque dépôt pour l'isolement et le traitement des affections aiguës passagères.

Les services généraux ne doivent pas

être moins importants. Il y a lieu de prévoir une large place pour tout ce qui concerne l'alimentation et l'hygiène, (réfectoires, cuisines et dépendances, buanderies, locaux de désinfection, lavabos, bains-douches, vestiaires). Il ne faut pas oublier, en effet, l'action bienfaisante d'une alimentation soignée et des soins corporels sur les organismes fatigués par la vie des tranchées.

Aussi, dès son arrivée, l'éclopé, après son passage au bureau des entrées, est-il dirigé sur la salle de douches et d'épouillage, où des vêtements propres lui sont délivrés en échange de ceux qu'il abandonne et qu'il retrouvera désinfectés et remis en état à son départ : c'est déjà physiquement un homme nouveau.



Photo section photographique de l'armée.

ARRIVÉE DE BLESSÉS A L'HOPITAL D'ÉVACUATION.

A côté des soins médicaux et hygiéniques, les soins moraux ne sont pas moins indispensables pour obtenir la *récupération morale* de l'éclopé. C'est à cette fin que s'exercent la sollicitude du commandement et celle des nombreuses œuvres qui ont été, dès le début de la campagne, orientées dans ce sens : l'Assistance aux Dépôts d'Éclopés, la Commission de Coordination des secours volontaires, le « Touring-Club », la « Goutte de Café », les « Cantines Anglaises » s'ingénient à perfectionner l'organisation des dépôts d'éclopés, à y faire régner le confort, à réaliser à côté de la détente physique le délassement moral qui retrempe les énergies.



Photo Dalban.

REMISE DE DÉCORATION A UN BLESSÉ DANS UNE AMBULANCE.

Cette organisation, née de considérations à la fois militaires et psychologiques, a donné les meilleurs résultats au point de vue de la conservation des effectifs et du moral des troupes. Son utilité l'a fait adopter par les grandes armées alliées, par celles tout au moins qui combattent sur notre territoire.

Les Infirmières

Au début de la guerre, le personnel des infirmières était recruté exclusivement parmi les trois sociétés de la Croix-Rouge française : Société de Secours aux blessés militaires, Union des Femmes de France, Association des Dames Françaises.

Le 8 mars 1916, M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, a créé un autre corps spécial d'infirmières françaises : le corps des « Infirmières temporaires des hôpitaux militaires », dont le personnel est destiné



Photo section photographique de l'armée.

HOPITAL SOUS BARAQUES.

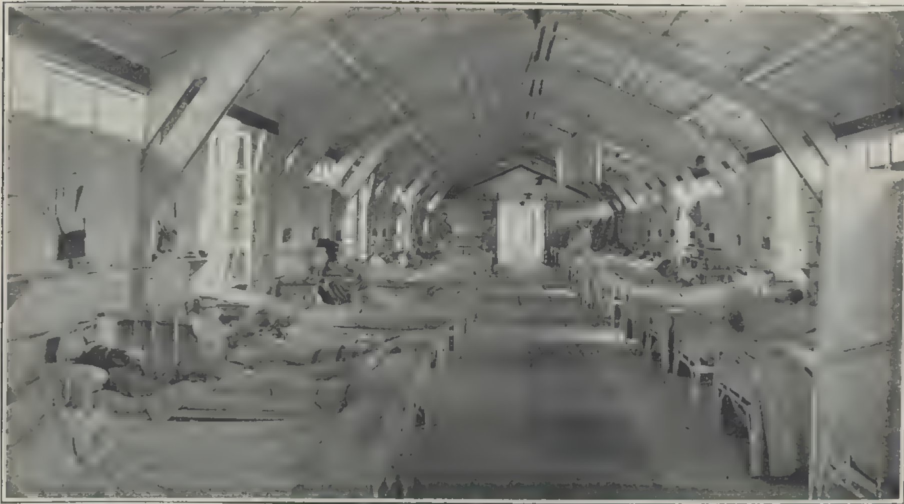


Photo section photographique de l'armée.

SALLE DE GRANDS BLESSÉS DANS UN HOPITAL SOUS BARAQUES.

à coopérer, à titre temporaire, dans la zone des armées et dans la zone de l'intérieur, concurremment avec des infirmières de la Croix-Rouge, au traitement des malades et des blessés de l'armée, dans les formations sanitaires hospitalières gérées par le Service de Santé.

Ces infirmières, recrutées au choix, d'après les titres dont elles justifient, doivent contracter l'engagement de servir pendant toute la durée de la guerre, et pendant six mois après la cessation des hostilités. Un bureau militaire de la Croix-Rouge, institué au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé, a pour mission de traiter toutes les questions concernant le corps des infirmières temporaires et d'assurer une liaison constante entre le Service de Santé et les Sociétés d'assistance.

Chiens sanitaires

Les chiens sanitaires n'ont pas donné les bons résultats que l'on espérait.

Pourtant, dès avant la guerre, la « Société Nationale du chien sanitaire » avait préparé une centaine d'animaux appartenant aux membres de la société. Lors de la mobilisation, ces chiens furent séparés de leurs propriétaires et confiés à des brancardiers, qui ne purent guère les utiliser d'une façon satisfaisante. Y eut-il dressage incomplet ? Ou répartition défectueuse ? Faut-il incriminer au contraire l'inaptitude du personnel chargé de conduire ces animaux ? Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus ne furent pas favorables.



Photo section photographique de l'armée.

HOPITAL SOUS TENTES.

Il y a lieu de reconnaître que la stabilisation précoce du front due à la guerre de tranchées, limitant généralement les secteurs de recherche des blessés, a rendu souvent inutile le concours des chiens sanitaires, qui ne fut cependant pas à dédaigner lors des premiers mois de la campagne.

Le dernier mot ne saurait être dit aujourd'hui à ce sujet : la question doit être reprise avec plus de méthode. Deux conditions paraissent dès aujourd'hui indispensables à réaliser : il faut que le dressage du chien sanitaire soit complet et que l'animal soit confié à un homme qui sache le conduire.



Photo Leclerc.

SALLE D'UN SERVICE SPÉCIAL POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES AUX ARMÉES.

Conclusion

L'exposé qui précède montre l'importance considérable qu'ont prise, progressivement, les divers éléments qui doivent concourir au fonctionnement du Service de Santé aux armées. Cette importance ne pourra que s'accroître encore, en raison de la complexité de plus en plus grande



Photo Anglade.

HOPITAL D'ÉVACUATION DE CAYEUX (SOMME).

qu'offrent les divers problèmes soulevés par la guerre, et auxquels le Service de Santé doit s'adapter.

Or l'adaptation commande le progrès.

L'étude que nous venons de présenter doit donc être considérée moins comme une mise au point définitive que comme l'état *présent* d'une organisation qui est en perpétuel état de perfectionnement en vue du bien-être et de la sauvegarde des blessés.

Des améliorations nouvelles sont à prévoir : mais disons tout de suite qu'elles ne sauraient modifier profondément le plan d'ensemble que nous avons exposé.

FIRMIN DUGUET,
Médecin-major de 1re classe,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

L'ÉVACUATION DES BLESSÉS

L'évacuation du blessé ! Ces mots sont, pour le médecin de la guerre, puissamment évocateurs, car, dans leur brièveté, ils résument les étapes douloureuses que le blessé doit parcourir pour quitter la fournaise du champ de bataille et arriver au poste de secours, aux ambulances et enfin à l'hôpital. On comprend que cette longue route doive être coupée de nombreux repos, conditionnés soit par l'état du blessé, soit par les soins qu'exigent ses blessures.

L'évacuation comprend donc des opérations distinctes et successives, nécessitant la mise en œuvre de moyens matériels divers.

C'est l'ensemble de ces moyens et leur utilisation que nous nous proposons d'examiner.

Il s'agit tout d'abord de procéder à la relève du blessé et de le transporter du point où il est tombé jusqu'au poste de secours; c'est l'œuvre des brancardiers régimentaires, aidés des brancardiers divisionnaires.

Leur tâche est rude; elle exige un dévouement à toute épreuve et ce difficile courage qui permet de s'exposer au danger sans faiblir et pendant de longues heures, sans même avoir, comme le combattant, le réconfort de pouvoir riposter aux coups de l'ennemi.

Nombreux sont les brancardiers qui sont glorieusement tombés auprès de ceux qu'ils venaient secourir.



Photo section photographique de l'armée.

TRANSPORT D'UN BLESSÉ ALLEMAND A SOUAIN.



Photo Meurisse

ARRIVÉE D'UN BLESSÉ AU POSTE DE SECOURS.



Photo Meurisse.

DEVANT VERDUN, UN BLESSÉ RELEVÉ PAR DES BRANCARDIERS EST TRANSPORTÉ AU POSTE DE SECOURS.



Photo section photographique de l'armée.

BOYAU DE MARŒIL : BLESSÉ TRANSPORTÉ A L'ARRIÈRE.

« Heureusement notre blessé n'a pas été atteint ! » disait un de ces braves avant de rendre le dernier soupir. (Ordre n° 252 du 10e corps d'armée.) Parole émouvante qui montre jusqu'où peut aller dans ce corps d'élite l'esprit d'abnégation et de sacrifice.



Photo section photographique de l'armée.

ÉVACUATION DE BLESSÉS PAR AUTO-AMBULANCE, DANS LA RÉGION DE CURLU-HEM.

Le seul moyen de transport à la disposition des brancardiers sur le champ de bataille, c'est le brancard. Il se compose essentiellement d'une toile résistante, réunissant deux hampes en bois, dont l'écartement est assuré par deux tringles ou compas métalliques. Quatre pieds maintiennent la toile à une certaine distance du sol, quand le brancard repose sur celui-ci. La toile s'enroule autour des hampes, de façon à réduire le volume au minimum, quand l'appareil n'est pas utilisé.

Ce brancard réglementaire est connu de tous. Il est porté par deux ou par quatre brancardiers, s'adapte à la brouette porte-brancard, ce qui en fait un brancard roulant; il se loge dans les voitures pour transport de blessés, dans les automobiles sanitaires, dans les trains.

Depuis la mobilisation, près de trois cent mille brancards ont été mis en service; toutefois, certaines



Photo Plisson.

MOYEN DE FORTUNE : TRANSPORT D'UN BLESSÉ DANS UNE TOILE DE TENTE.



Photo section photographique de l'armée

BRANCARDIERS SE RENDANT AUX RELAIS, PRÈS DE CLÉRY-SUR-SOMME, PENDANT L'ATTAQUE DU 25 SEPTEMBRE 1916.



Photo section photographique de l'armée.

BLESSÉS TRANSPORTÉS DANS LES PAVILLONS NOUVELLEMENT INSTALLÉS A VADELAINCOURT (MEUSE).



Photo Meurisse.

AUTOMOBILES SERVANT A L'ÉVACUATION DES GRANDS BLESSÉS.

modifications, certains perfectionnements ont été apportés au type primitif : c'est ainsi que dans différents modèles la toile est rendue amovible, ce qui facilite les réparations, le lavage et la désinfection.

D'autre part, du fait de la guerre de tranchées, des problèmes nouveaux sont venus se poser, nécessitant des solutions immédiates. Ainsi, de même que s'est imposée la nécessité pour les soldats d'une coiffure métallique, de même il est apparu que le brancard réglementaire ne suffisait plus et devenait pratiquement inutilisable en raison des sinuosités des tranchées et des angles aigus des boyaux d'accès.

Disons tout de suite que l'ingéniosité des médecins ne s'est pas trouvée en défaut, et très rapidement furent construits sur le front de nombreux brancards répondant au but qu'il fallait atteindre.

Parmi les médecins de régiments et des groupes de brancardiers, les uns ont recouru à des moyens de fortune parfois très pratiques, en utilisant des couvertures, des toiles de tente, des hamacs, adaptés à des modes de suspension très simples ; d'autres ont réalisé divers modèles de brancards pliants et les ont utilisés dans leurs secteurs.

Les systèmes de brancards pliants sont particulièrement nombreux et, par différents dispositifs, obtiennent une diminution de la longueur des hampes, et la possibilité de donner à la toile la forme d'un hamac où le blessé est assis ou à demi couché.

Enfin les difficultés et les dangers de la relève des blessés entre les lignes, à proximité de l'ennemi, ont amené à rechercher des moyens plus rapides que le transport à bras par brancard.

De plus, dans les grands hôpitaux d'évacuation de l'avant, il était indispensable de faciliter et de rendre plus confortable le transport des blessés entre les divers pavillons, salles de pansements ou d'opérations.

Ce double but est atteint par l'emploi des brancards roulants.

La brouette porte-brancard réglementaire, robuste et pratique, a rendu à cet égard de grands services, mais elle a été notablement perfectionnée et divers systèmes ingénieux permettent de réaliser le brancard roulant.

Un des derniers modèles adoptés, avec ses roues caoutchoutées et ses diverses facilités de transformation, constitue une intéressante amélioration qui donne à l'usage des résultats excellents à tous les points de vue.

Une fois parvenu au poste de secours, le blessé y reçoit les soins les plus urgents. Il y est réconforté et s'y repose le temps nécessaire.



Photo Meurisse.

VOITURES ATTENDANT LEUR TOUR DE DÉPART.



Photo Meurisse.

LES AMBULANCES OFFERTES PAR LA GÉNÉROSITÉ AMÉRICAINE.

Puis commence pour lui la deuxième étape qui doit l'amener aux ambulances et aux hôpitaux d'évacuation.

Le transport se fait alors par voiture.

Les voitures hippomobiles sont de deux sortes : la voiture à deux roues, qui ne transporte qu'un blessé couché, et la voiture à quatre roues où peuvent trouver place quatre blessés couchés.

La première de ces voitures est la seule utilisable dans les chemins difficiles et sur un terrain défoncé par l'artillerie.

Pendant la dernière avance de nos troupes, c'est elle qui a permis les premiers transports sur les routes détruites par l'ennemi.

La modeste voiture à deux roues du Service de Santé a pu suivre pour ainsi dire pas à pas les unités combattantes, et non seulement elle a servi à l'évacuation des blessés, mais elle a rendu les plus grands services en transportant rapidement le matériel sanitaire indispensable à l'établissement des ambulances divisionnaires.



DANS LES VOSGES, TRAINEAUX ATTELÉS DE CHIENS.

Beaucoup plus confortables et infiniment plus rapides sont les voitures des sections sanitaires automobiles. Légères, solides, rapides, elles vont presque partout, dépassent les lourds camions pesamment chargés, se glissent entre les convois de ravitaillement, prennent les chemins les plus invraisemblables pour arriver quelques instants plus tôt auprès des malheureux blessés.



AU COL DE BREITSFURST, TRAINEAU MULETIER POUR TRANSPORT DE BLESSÉS ASSIS.

« Voilà les autos !»... A ces simples mots, les visages douloureux s'éclairent et les espoirs défaillants s'affermissent.

A Verdun, sur la Somme, en Champagne, nous les avons vues à l'œuvre; et l'on ne sait ce qu'il faut plus admirer, du courage de leurs conducteurs, ou de leur extraordinaire résistance à la fatigue.

Les sections sanitaires américaines, qui se sont mises dès le début de la guerre au service de nos blessés, rivalisaient de zèle avec les nôtres, devançant ainsi dans leur dévouement à l'humanité l'heureuse alliance qui devait amener la grande République à combattre à nos côtés.



VERS MITTLACH,
TRAINEAUX POUR TRANSPORT DE BLESSÉS.

Des sections automobiles sont maintenant affectées aux armées, aux corps d'armée et aux divisions.

Adjointes aux groupes de brancardiers, elles permettent une évacuation rapide des postes de secours et assurent ainsi aux blessés dans le plus bref délai une intervention chirurgicale dans les meilleures conditions d'installation.

La rapidité du transport est un facteur essentiel à la précocité de l'intervention chirurgicale, et celle-ci seule permet d'éviter les complications septiques toujours à redouter, même avec des blessures d'apparence bénigne.

Le rôle des sections sanitaires automobiles est donc considérable, et leur constitution représente un des perfectionnements les plus importants qui aient été apportés dans le fonctionnement du Service de Santé de l'avant.

Certaines conditions spéciales au terrain (régions montagneuses, chemins impraticables) peuvent rendre difficile et même impossible le



CUISINE D'UN TRAIN SANITAIRE.



INTÉRIEUR D'UN TRAIN SANITAIRE PERMANENT.

transport des blessés, soit par les brancardiers, soit par les voitures sanitaires; on a dès lors été contraint d'employer le transport à dos de mulet, par cacolets.

Les ambulances alpines utilisent souvent ce mode d'évacuation, moyen d'ailleurs assez peu confortable; mais, malheureusement, le choix n'est pas toujours permis, et force est bien de se plier aux nécessités de la guerre au mieux des circonstances.

C'est ainsi que, pendant la saison d'hiver, on a été amené, dans les Vosges, à employer les traîneaux tirés par des chiens et des mulets. Ce dernier mode de transport surtout a rendu les plus grands services et a permis d'effectuer avec rapidité des évacuations qui auraient été presque impossibles par tout autre moyen.

Les dernières étapes du blessé avant son hospitalisation à l'intérieur

Voici maintenant les dernières étapes du blessé, celles qui l'amènent dans les hôpitaux de l'intérieur.

Cette fois, le bruit du canon ne viendra plus interrompre son sommeil ou peupler ses rêves des scènes d'horreur qu'il a vécues.

Il va parvenir au havre de salut, se rapprocher de sa famille, revoir peut-être des paysages familiers, et trouver dans une atmosphère de calme et de sécurité le cadre où vont s'écouler les jours qui le séparent de la guérison.

Ces dernières étapes sont franchies à l'aide des trains sanitaires.

Ceux-ci sont de trois types différents :

1° Les trains sanitaires permanents, dont le premier, construit par M. de la Morandière, ingénieur de la Compagnie de l'Ouest, a figuré à l'exposition de 1889;

(Ces trains, existant dans le temps de paix, ont été mis en service dès la mobilisation : ils sont spécialement destinés aux blessés couchés.)

2° Les trains sanitaires semi-permanents, aménagés pour blessés couchés et pour blessés assis;

3° les trains sanitaires improvisés, pouvant recevoir, grâce à des appareils de suspension spéciaux, des blessés couchés et des blessés assis.

La générosité privée a également doté le Service de Santé de trains dont l'installation remarquablement conçue



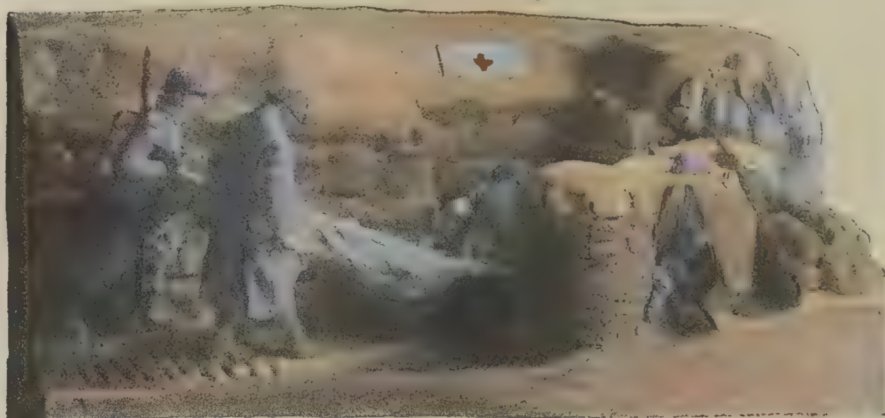
Photo Rol.

PÉNICHES-AMBULANCES PRÊTES A ÊTRE DIRIGÉES VERS LE FRONT.



Photo Rol.

VUE INTÉRIEURE D'UNE PÉNICHE AMBULANCE.



ARRIVÉE AU POSTE DE SECOURS.



INTÉRIEUR DE POSTE DE SECOURS.



TRANSPORT DE BLESSÉS
PAR LA GRANDE VOITURE D'AMBULANCE.



ARRIVÉE DE BLESSÉS
DANS UNE GARE DE TRIAGE.



DÉBARQUEMENT DE BLESSÉS
D'UN TRAIN SANITAIRE.

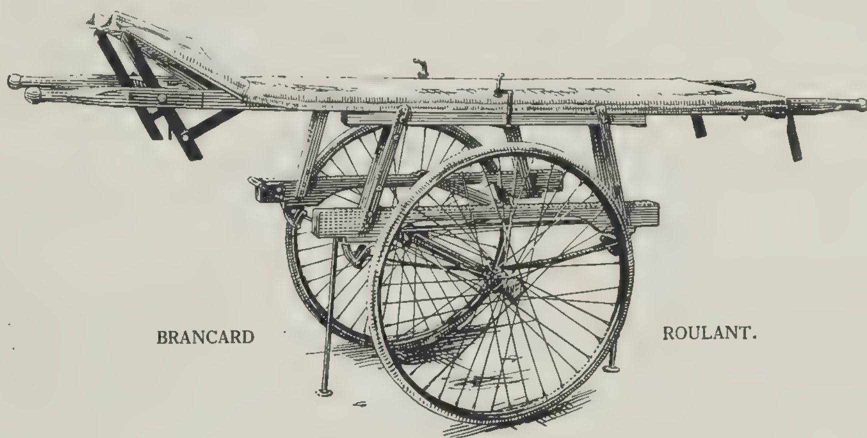
ARISTIDE QUILLET, EDIT. JEAN LARRIVÉ, SCULPT. (MUSÉE DU VAL-DE-GRACE) G. DE MALHERBE ET Cie, IMP.

donne à nos blessés le maximum de confort. Citons à cet égard le train Est 15, de l'œuvre des trains de blessés, qui fonctionne sous l'aimable direction de Mme Marguerite Carré; et le train des wagons-lits de l'Ambulance Américaine. Ces deux trains transportent des blessés assis et couchés.

Les trains sanitaires sont munis d'un wagon aménagé en salle d'opérations au cas où, en cours de route, un pansement devrait être refait.

Une autre voiture est convertie en cuisine-tisanerie, ce qui permet la distribution pendant le voyage de boissons chaudes ou alimentaires.

Le train emporte d'ailleurs un approvisionnement de lait condensé et les médicaments les plus usuels. Son ravitaillement normal est assuré dans les gares régulatrices, les gares de répartition et les infirmeries de gare.



BRANCARD ROULANT.

Est-il besoin de dire que, là comme ailleurs, les dames des Croix-Rouges s'empressent pour assurer à nos blessés tout ce qui leur est nécessaire... et aussi un peu de ce superflu souvent plus précieux encore?

Enfin certaines circonstances favorables ont permis d'utiliser pour le transport des blessés des péniches spécialement aménagées. Cet aménagement ressemble d'ailleurs à celui des trains sanitaires permanents.

L'évacuation par péniche présente l'avantage de s'effectuer sans cahots. C'est à cet égard le mode d'évacuation le plus confortable. Malheureusement c'est aussi le plus lent, et, précisément à cause de cette lenteur, on a dû renoncer, dans la guerre actuelle, à l'employer sur une très grande échelle.

Les péniches sanitaires ont cependant rendu des services appréciables, notamment sur la Somme, et certaines sont remarquablement installées.

Tels sont, décrits à larges traits, les moyens qui ont servi au transport et à l'évacuation des blessés.

Comme on a pu le voir, le Service de Santé dispose d'un immense matériel; mais il dispose aussi, pour sa mise en œuvre, du dévouement et du courage d'un personnel qui s'est toujours montré à la hauteur des tâches multiples qui lui ont été confiées.

Dr SCHEFFLER,
Membre de la Commission Supérieure Consultative Médicale.

L'HOPITAL : SON ORGANISATION, SON FONCTIONNEMENT

Chez bon nombre de nos contemporains, le mot d'hôpital sonne encore à l'oreille comme une évocation douloureuse des misères d'un autre âge. Il éveille en leur esprit des pensées mélancoliques, des visions de dénuement : salles enfumées et noires; mobilier vétuste et délabré; murs jaunis, où les souillures accumulées se dessinent en mosaïques; parquets mal joints, criant leur détresse sous les pas du visiteur. Brochant sur cet ensemble, une atmosphère lourde qui distille l'ennui, l'incurable ennui des journées trop longues dans les espaces trop clos. Dans un tel décor, comment des êtres humains pourraient-ils cultiver la fleur d'espérance, garder intacte la foi en l'avenir, en un avenir de santé recouvrée et de bonheur reconquis? D'ailleurs, la qualité des soins médicaux n'y est-elle point en rapport avec la pauvreté des lieux? L'image du « major » botté, éperonné, n'ayant de médical que le diplôme et faisant de la médecine « par surcroît », hante très communément encore l'esprit des non-initiés. Que ceux-ci veuillent bien visiter à l'heure actuelle, au hasard et sans choix, quelques-uns de nos hôpitaux : hôpitaux militaires proprement dits, hospices mixtes, hôpitaux auxiliaires (ceux-ci installés, entretenus et dirigés, avec la collaboration financière du Service de Santé, par les Sociétés de la Croix-Rouge française). Ils trouveront encore certes, et en nombre trop considérable, des hôpitaux à type suranné. Il n'a pas dépendu du Service de Santé, dans les années qui précédèrent la guerre, et quelque large que fût son ambition en la matière, de rayer d'un trait de plume tous ces reliquats d'un autre âge, installés dans des immeubles vétustes qui, par un vice originel de distribution et de structure, ne peuvent abriter un hôpital « moderne »; et l'état actuel de guerre se prête mal, on nous l'accordera, à un rajeunissement systématique de cette nature. Mais du moins auront-ils plaisir à

constater que, partout où la nécessité impose l'utilisation d'hôpitaux vieillis, les amendements de détail ou d'ensemble apportés à l'installation primitive, les efforts inlassablement poursuivis pour en accroître les ressources ou en rénover les divers organes, ont heureusement corrigé les tares originelles. Quant aux hôpitaux de nouvelle création — et ceux qui ont surgi pendant la guerre en sont un éclatant témoignage — ils réalisent toujours davantage, sous l'impulsion de plus en plus active de l'actuel Service de Santé, le type de l'hôpital sain, largement doté d'air et de lumière, édifié dans tous ses organes en stricte conformité avec les prescriptions de l'hygiène la plus moderne : *domus sana curandi perita*, où les uns déploient avec usure de riches trésors de science et de maîtrise professionnelle, les autres des merveilles de dévouement et de générosité.

L'Hôpital militaire : son objet, son passé, son organisation générale.

L'hôpital militaire peut être défini « l'ensemble des services qui, par leur groupement et leur coordination, concourent à assurer le traitement des malades et blessés militaires ». Cette institution a eu des débuts modestes, et son histoire à travers les siècles mériterait de tenter un curieux. Je me bornerai à signaler ici que, pour la France, l'opinion la plus généralement accréditée fait remonter l'origine des hôpitaux militaires à Richelieu. Le fait, s'il est exact, est de nature à réjouir M. Frédéric Masson, qui voisinerait ainsi sous deux aspects également glorieux — à l'hôpital et à l'Académie — avec l'illustre cardinal.



Photo Mission Levasseur.

LE BUREAU DES ENTRÉES (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 2, A TOURS, INDRE-ET-LOIRE).

Nous avons déjà expliqué qu'à une époque peu éloignée de nous la direction de l'hôpital militaire était confiée à un fonctionnaire de l'Intendance, qui avait autorité sur les médecins, pharmaciens, officiers d'administration attachés à l'hôpital. A l'heure actuelle, à la tête de chaque hôpital militaire, est placé un médecin — médecin principal ou major, suivant l'importance de l'établissement — qui porte le titre de *médecin-chef ;* il exerce son autorité sur tout le personnel de l'hôpital et sur tous les services.

A la tête de chaque service de médecine, de chirurgie ou de spécialités, se trouve un médecin ou chirurgien-traitant, du grade de médecin principal ou de médecin-major ; à côté de lui, pour le seconder dans l'examen et le traitement des malades, des médecins assistants en nombre variable et de rang très différent dans la hiérarchie ; enfin, attachés au service pour l'exécution des diverses besognes, des infirmiers et des infirmières.

La pharmacie est dirigée, sous l'autorité supérieure du médecin-chef, par un *pharmacien principal* ou *major*, ayant sous ses ordres un nombre variable de pharmaciens-majors ou aide-majors.

Enfin, la gestion de l'hôpital et la direction des services administratifs sont assurées, toujours sous l'autorité supérieure du médecin-chef, par un officier d'administration, dit *officier gestionnaire*, responsable vis-à-vis de l'Etat de tout le matériel en service ou en dépôt à l'hôpital et qui doit verser, de ce chef, un cautionnement.

Ces divers services agissent en synergie pour le bénéfice optimum de celui autour duquel, dans l'hôpital, tout gravite : je veux dire le malade ou le blessé ; c'est lui qui sera notre guide dans l'étude raccourcie que nous allons esquisser.

L'entrée du malade ou du blessé à l'hôpital ; le médecin de garde.

La voiture d'ambulance vient de franchir la grille. A l'intérieur, une tête anxieuse se dresse sur l'oreiller : « Où vais-je ? semble implorer le nouveau venu. Ce gîte, que sera-t-il pour moi ? » Et le cœur du petit soldat se serre un instant. « Baste ! Après tant d'épreuves endurées, le destin serait vraiment trop injuste, si... », et le fatalisme

résigné a déjà repris ses droits, quand la porte s'ouvre. Un visage accueillant se présente : la providence de céans est sur le seuil, je veux dire le *médecin de garde*. L'air souriant et dégagé, même et surtout quand l'examen sommaire du cas lui cause quelque angoisse intérieure, il est déjà tout entier, de cœur et d'esprit, à cet hôte nouveau.

Ne croyez pas que, chez ce spectateur professionnel des entrées les plus dramatiques, l'habitude ait émoussé la sensibilité. Psychologue mûri par le contact journalier des douleurs les plus diverses, il sait dire à tous et à chacun le mot approprié, celui qui sèche une larme, rassérène un visage, ranime un cœur défaillant. Sans retard d'ailleurs, il s'enquiert de la gravité du mal, du « diagnostic » qui figure sur le billet d'entrée, soucieux de dégager et de remplir au plus tôt les « indications d'urgence ». Le pouls est-il défaillant ? Y a-t-il hémorragie interne ou menace de syncope ? La respiration trahit-elle un trouble particulier de l'appareil broncho-pulmonaire ou rénal ? Chez celui-ci, la saignée s'impose-t-elle d'urgence ? Chez cet autre, en proie au coma, faut-il suspecter une intoxication ?... Sentinelle vigilante placée au seuil de l'hôpital pour conjurer le premier péril, le médecin de garde va, vient, s'empresse, évoque en un clin d'œil et fait jaillir de tous les coins de son jeune cerveau « la notion utile » de l'heure, celle qui inspire la décision rapide, salutaire, à laquelle est suspendu le sort d'une existence humaine. Demain, d'ailleurs, un mot du « Chef » le paiera de toutes ses peines : « Jeune homme, ce malade vous doit la vie. » Avec quel tintement joyeux ces paroles doivent sonner à une oreille juvénile et quelle rémunération princière pour les émotions d'une trachéotomie d'urgence !



LA CUISINE DES CONTAGIEUX (VAL-DE-GRACE).

Pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, c'est le médecin de garde qui demeure le « protecteur-né » du malade et du blessé, et qui parfois, son rôle s'élevant, devient son sauveur. C'est lui qui, de jour et de nuit, sera présent à la première alerte, toujours là pour soulager la douleur qui s'exaspère ou pour conjurer le danger qui grandit. Cortège modeste, mais véritablement symbolique, que celui du médecin de garde, errant la nuit dans le silence de l'hôpital endormi, pour aller où le devoir l'appelle. Un infirmier l'accompagne : à les voir passer dans l'ombre, guidés dans le dédale des couloirs par une lueur discrète, on songe au feu de la Vestale et à la lampe du Sanctuaire.

Après des formalités administratives sur lesquelles on m'excusera de passer brièvement, — inscription de l'entrant sur un registre avec tous les renseignements d'ordre civil, militaire et cultuel le concernant; inventaire des objets qui lui appartiennent et qu'il laisse en dépôt entre les mains de l'officier gestionnaire, etc., — l'entrant est changé de vêtements et de linge de corps et reçoit un grand bain chaud, ou, à défaut, une douche. Entre temps, le linge et les vêtements qu'il vient de quitter sont portés à la désinfection et à « l'épouillage » — celui-ci né de la guerre — pour être débarrassés des germes et parasites dangereux. L'entrant est ensuite conduit dans le service et la salle qu'aux termes du diagnostic d'entrée il doit occuper.

Les services hospitaliers.

L'hôpital comporte, en effet, suivant les catégories de malades ou blessés à hospitaliser, trois grands groupes de services : les services de *Médecine générale*, les services de *Chirurgie générale*, les services de *Spécialités*.

Comme leur nom l'indique, les services de Médecine et de Chirurgie générale assurent le traitement des affections médico-chirurgicales communes, celles qui sont le plus généralement répandues.

Les services de spécialités sont consacrés au traitement d'affections plus particulières. Il suffit de les citer pour préciser de façon assez explicite leurs domaines respectifs : services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de dermatologie, d'urologie, de stomatologie, etc. Le nombre de ces services est variable suivant l'importance de



CHAMBRE COMMUNE. SERVICE DES TYPHIQUES AU VAL-DE-GRACE.

l'hôpital. On peut dire d'une manière générale que la création des services spéciaux n'était pas encore, au moment de la guerre, très avancée dans nos hôpitaux militaires. Dans la plupart d'entre eux, ils étaient absorbés par la chirurgie générale. La spécialisation des services n'était un fait accompli que dans les grands hôpitaux : c'est une mesure à généraliser dans l'avenir. Le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire a suppléé pendant la guerre à la pénurie des services spéciaux préexistants en créant un peu partout des « *Centres de Spécialités* », dont l'œuvre admirable, éminemment productive, ne saurait être trop mise en valeur : on ne pourra apprécier qu'avec le recul du temps l'immensité des services dont la Patrie est redevable à cette initiative supérieure.

Le service des contagieux.

Parmi les services spéciaux de l'hôpital, une mention à part est due au service des *Contagieux*. Il existe maintenant dans tous les hôpitaux, étroitement spécialisé et aussi complètement isolé que possible. On connaît les desiderata à réaliser par ce service si important :

1° Isoler des autres malades de l'hôpital ceux atteints de maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, oreillons, diphtérie, méningite cérébro-spinale, etc.) : pour atteindre ce but, assigner à ce service des *locaux* particuliers (tout à fait isolés des autres services de l'hôpital) et un *personnel* spécial ; bref, lui constituer à tous égards une complète « autonomie » ;

2° Réserver dans le quartier des contagieux une zone propre à chacune des maladies contagieuses sus-indiquées ;

3° Isoler autant que possible les uns des autres, par *box* spéciaux, les malades atteints de la même maladie contagieuse, cet isolement étant surtout indiqué pour les sujets qui présentent des complications.

Cette « étanchéité » entre le service des contagieux et les autres services d'une part, entre les diverses catégories de contagieux de l'autre — jointe à la minutie des précautions prises tant pour éviter le transport des germes infectieux que pour assurer la régularité des désinfections — réduit au minimum les contagions hospitalières : celles-ci ne constituent qu'une infime exception.

Quel que soit le service qui lui est assigné, le nouveau venu y trouve, dès l'entrée, l'accueil fraternel des camarades, le dévouement jovial des infirmiers, les soins maternels des infirmières et une atmosphère générale de calme et de sécurité. Tout serait pour le mieux, s'il n'avait désormais en perspective le cycle abominablement monotone des journées d'hôpital.



UNE SALLE DE MALADES (HOPITAL BUFFON V. G. I).

La journée d'hôpital.



CONSULTATION MÉDICALE PAR M. LE PROFESSEUR LETULLE (HOPITAL BUFFON V. G. 1).

Pour certains, ceux qui souffrent et que l'insomnie torture, la journée commence, hélas ! dès avant l'aube : pour eux, c'est une demi-délivrance que l'échéance impatiemment attendue du réveil. Pour d'autres, une journée nouvelle marquera seulement un renouveau de lourd et sombre ennui.

Chez le plus grand nombre, ce recommencement n'éveille qu'un fatalisme résigné, sinon joyeux.

On m'excusera de ne pas m'étendre plus que de raison sur les menus épisodes de la journée d'hôpital : le petit déjeuner, suivant de près le réveil, et suivi lui-même de la visite médicale ; le premier grand repas, servi de bonne heure (10 heures en moyenne) et généralement dans les salles (même pour les malades debout — car les réfectoires séparés sont un luxe que ne peuvent malheureusement s'offrir que de rares hôpitaux); puis, pour les privilégiés — convalescents, malades et blessés légers — le plaisir un peu monotone de la promenade ou de la station debout dans les cours et jardins; enfin, le repas du soir, suivi à bref délai par le couvre-feu, qui fait tout rentrer dans le silence, et bientôt dans le sommeil.

De ce cycle uniforme, coupé une ou deux fois la semaine par les visites autorisées de parents ou d'amis, je détacherai seulement quelques épisodes types, et d'abord la *visite médicale.*

Le médecin traitant. La visite médicale.

C'est l'événement important de la journée, surtout dans les services de médecine. Pour le médecin traitant, elle a commencé bien avant l'arrivée à l'hôpital. D'instinct, ses premières pensées matinales se sont reportées vers tels ou tels malades graves — ses clients de prédilection, parce que plus directement menacés. Il évoque, à leur sujet, tel symptôme de sens favorable enregistré la veille, mais, hélas ! compensé par tel autre signe de pronostic fâcheux. Il rapproche ces cas délicats d'autres similaires, dont l'évolution variable vint souvent infirmer ses prévisions. Et c'est ainsi que, partagé entre des pensées contraires et par-dessus tout rempli du sentiment de ses lourds devoirs, il vient reprendre son contact quotidien avec sa famille hospitalière.



LA SALLE D'OPÉRATION (HOPITAL BUFFON V. G. 1).

Celle-ci guette son entrée avec un grain de curiosité tous les jours renouvelée. Il est tel médecin traitant dont le « poilu » s'amuse d'avance à supputer l' « humeur », celui-ci par exemple dont il a appris à goûter, comme un divertissement savoureux, les bonnes colères explosives, invariablement terminées par des accès de joviale bonhomie. Au reste, éclectique dans ses affections, le poilu est toujours profondément attaché à son médecin traitant, quand celui-ci se présente — et c'est la règle — sous les espèces du « type chic », entendez par là, quelles que soient les aspérités de son caractère, celui vis-



LA SALLE DE PANSEMENTS (HOPITAL BUFFON V. G. I).

à-vis duquel il se sent en sympathie confiante, qui sait lui parler son langage, faire jaillir à propos la confidence libératrice, et, d'un mot, d'un geste ou d'un sourire opportuns, mettre un baume sur le petit chagrin intime.

C est un imposant cortège que celui du médecin traitant, suivi de ses collaborateurs, de ses aides, de ses infirmiers, passant la « revue » quotidienne de ses clients d'hôpital. Il s'arrête et s'attache plus ou moins suivant la nature des cas : chacun d'eux, en effet, comporte sa tactique spéciale.

Celui-ci, c'est le convalescent de maladie grave, longtemps ballotté entre vie et trépas, aujourd'hui hors de péril : « Ça continue d'aller, petit ? » De deux grands yeux reconnaissants sort une flamme qui dédommage le praticien de bien des soucis.

Cet autre, un jeune étudiant imberbe, est encore aux prises avec une broncho-pneumonie. Hier, en le quittant, le « major » était plus soucieux qu'à l'ordinaire. Très maître de ses impressions, il avait dû cependant faire effort pour cacher son trouble au petit. « Allons, gardez-le-moi bien », avait-il dit au médecin de garde après la contre-visite... Ce matin, attentif, il ausculte, palpe, percute. Le petit surveille le moindre jeu de physionomie : « Allons, trois jours de patience, et ce sera fini. » C'est avec un épanouissement de satisfaction sincère que le médecin a jeté ces mots, et le petit en est tout ravigoté.

Plus loin, une tête anxieuse se lève, celle d'un pleurétique qui fut naguère impassible sous les obus, mais qui tremble, à la perspective d'une ponction, devant la pointe acérée d'un trocart.

Ailleurs, c'est le « candidat » au congé de convalescence, tête rieuse à l'œil sympathique et fin, qui trahit son impatience... et son inquiétude à propos de la solution à intervenir.

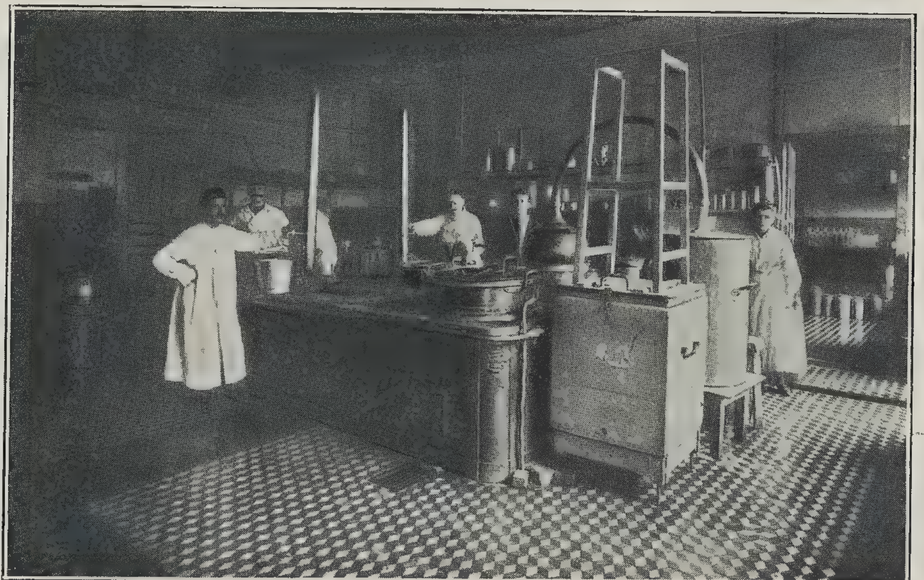
Pour cet autre le petit chasseur du nº 9 aux yeux caves et à la face blafarde, le cas est plus angoissant : le terrible bacille de Koch a marqué toutes ses séreuses d'une empreinte indélébile. La décision s'impose : c'est la réforme. Mais comment la faire accepter au jeune « bleuet » qui brûle de retourner au front ?

Ainsi la visite se déroule, lit par lit, ponctuée à chaque pas par l'énoncé, fait à haute voix, des prescriptions « alimentaires » et « médicamenteuses » du jour : inscrites sur le « cahier de visite » par un infirmier *ad hoc*, elles figureront tout à l'heure sur les « relevés » destinés à la dépense et à la pharmacie.

La visite sera continuée et complétée l'après-midi par la « contre-visite », celle-ci plus spécialement destinée à l'examen des entrants et des malades graves.

L'opération chirurgicale.

En chirurgie, l'intérêt de la visite médicale journalière pâlit devant *l'acte opératoire*, qui imprime au service son originalité. L'opération! l'anesthésie! mots magiques qui évoquent pour le profane tout un monde d'images terrifiantes. En réalité, aucun milieu n'est plus coquet qu'une salle d'opération bien tenue et parée de ses atours. Tout y respire la propreté et l'ordre; la lumière y coule à flots; le parquet resplendit; sur tous les objets de céans, tables, supports, récipients,



LA TISANERIE (VAL-DE-GRACE).

lavabos, l'œil se repose avec plaisir, tant leur bonne tenue inspire confiance. Instruits par les merveilleuses cures dont elle est le théâtre, les « candidats au couteau » ont pris l'habitude de considérer la salle d'opération, non comme un lieu de tortures, mais comme une station de délivrance C'est d'un cœur joyeux et confiant, à peine palpitant du petit émoi inévitable, qu'ils assistent sur eux-mêmes, la veille, à la toilette préalable, à la « toilette de la région opératoire », comme disent les idoines, à la mise en place du pansement protecteur qui barre aux germes les abords de la future plaie... et puis, quand l'heure est venue, à l'épreuve, plus pittoresque que terrifiante, de l'anesthésie.



LA PHARMACIE (VAL-DE-GRACE).

Pour tous d'ailleurs, dans le service, le jour de l'opération est un grand jour. Ce matin-là, le « chef » arrive plus tôt qu'à l'ordinaire. Il expédie avec vélocité les « besognes » banales, et jusqu'à la visite elle-même. A ses côtés, chacun s'empresse... Tout à l'heure, quand l'acte sacro-saint aura commencé, ce sera, autour du patient endormi, le tableau classique et si souvent reproduit : l'opérateur recueilli, concentré, attentif à la marche du fer dans les tissus, seul autorisé à rompre le grand silence pour donner un ordre, formuler une demande, solliciter un avis ; les aides — chacun à leur tâche spéciale — attentifs à l'hémostase, aux sutures, à la préparation des instruments et objets de pansements, à la surveillance et à la bonne marche de l'anesthésie. Séance de tout repos ou au contraire traversée par des péripéties — et celles-ci parfois tragiques, comme celles que ménage l'anesthésie — les deux alternatives sont toujours possibles ; mais l'ordre, la méthode, la maîtrise de soi, le sang-froid imperturbable, tout cela mis au service d'une science chirurgicale consommée triomphera toujours des aléas les plus angoissants. Puis, ce sera le joyeux réveil de l'opéré, qui n'en peut croire ses yeux d'assister à sa résurrection et à sa délivrance : on le reconduit à son lit en le dorlotant comme un enfant, car c'est un objet fragile et délicat qu'un opéré de fraîche date ; et c'est, dans nos hôpitaux militaires surtout, de la bonne graine pour demain qu'il faut soigner avec une sollicitude infinie.

Les collaborateurs et auxiliaires du médecin traitant. Le personnel infirmier.

Dans ses obligations diverses de clinicien, de thérapeute, d'opérateur, le médecin traitant est aidé par des *médecins-majors* ou *aides-majors*, qui sont ses collaborateurs ordinaires ou ses suppléants éventuels.



Photo Mission Levasseur.

LA DÉPENSE (HOPITAL TEMPORAIRE N° 55, A DUNKERQUE, NORD).

Les diverses besognes hospitalières sont assurées :

1° Par des *infirmiers* que l'on distingue en deux catégories : les uns, préposés à la pratique des pansements et bandages, de certaines petites médications usuelles ou interventions d'urgence (telles que le traitement immédiat de la syncope et de l'asphyxie), ainsi qu'à la tenue des écritures, des cahiers de visite, et dits *infirmiers de visite* ; les autres, chargés des grosses besognes intérieures, et dits *infirmiers d'exploitation*. Tout ce monde est commandé par l'*infirmier-major*, en général



Photo Mission Levasseur.

LA CUISINE (HOPITAL MILITAIRE, A BAYONNE, BASSES-PYRÉNÉES).

un sous-officier, responsable en l'absence des médecins de la tenue et de la discipline du service;

2° Par des *infirmières*, dont il faut distinguer plusieurs groupes :

a) Les infirmières *militaires proprement dites*, créées plusieurs années avant la guerre et recrutées au concours;

b) Les infirmières *temporaires*, créées pour la durée de la guerre;

c) Les infirmières des *Sociétés d'Assistance* (Croix-Rouge française), normalement attachées aux seuls hôpitaux auxiliaires, mais dont un grand nombre prêtent leur concours, le plus souvent à titre gracieux, aux hôpitaux militaires;

d) Des infirmières dites *bénévoles*, non militarisées, non enrôlées dans les Sociétés d'Assistance, et dont le nombre est d'ailleurs restreint.

C'est de l'élémentaire et stricte justice que de rendre, au nom de la Patrie, un hommage ému à tous ces auxiliaires du Service de Santé : ils accomplissent, chacun dans leur sphère, avec autant de dévouement que de modestie, et souvent avec le plus pur héroïsme, une œuvre généreuse et noblement humaine qui commande à tous la gratitude et le respect.

La visite médicale et le service médico-chirurgical proprement dit sont terminés. L'exécution des prescriptions médicamenteuses et alimentaires laissées par le médecin traitant va mettre en branle deux organismes nouveaux : 1° la *Pharmacie*; 2° la *Cuisine* avec son annexe : la *Dépense*.

La pharmacie.

A la fin de la visite, les infirmiers de chaque service portent à la pharmacie le « relevé » des médicaments du jour, ou son équivalent pratique : une feuille spéciale, appelée « musique » *(sic)*. Ils viendront ensuite « toucher » les médicaments, une fois préparés, pour en faire la distribution. Les prescriptions les plus délicates à exécuter — pilules, cachets, solutions, sirops, potions de toutes sortes — sont confiées à un ou deux pharmaciens-majors ou aides-majors, spécialement désignés à cet effet, et opérant dans le local dit « préparatoire ».

Les tisanes et infusions sont préparées à la « tisanerie » par les soins d'infirmiers stylés. A la « tisanerie » est annexée la « laverie », où s'effectuent le nettoyage et le rinçage des récipients vides, réintégrés par les divers services.

Quelques accessoires : bureau du pharmacien-chef, cabinet réservé aux travaux de comptabilité, pièces servant d'entrepôt, etc., viennent compléter l'assiette des locaux.

N'oublions pas, d'ailleurs, que le pharmacien militaire n'est pas seulement un « préparateur » de médicaments. Il est, en outre, un expert chimiste : analyses d'urines, recherche des produits toxiques



Photo Mission Levasseur.

JARDIN POTAGER (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 53, A MARSEILLE, BOUCHES-DU-RHONE).



Salle d'opérations.
Train sanitaire.



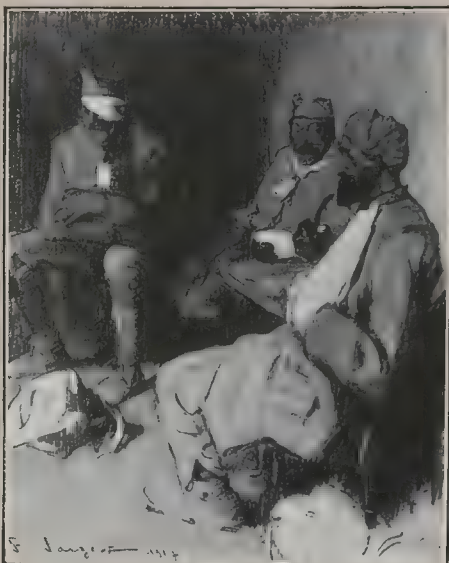
Hôpital de contagieux.
Un malade



Ambulance.
Infirmier accompagnant un blessé.



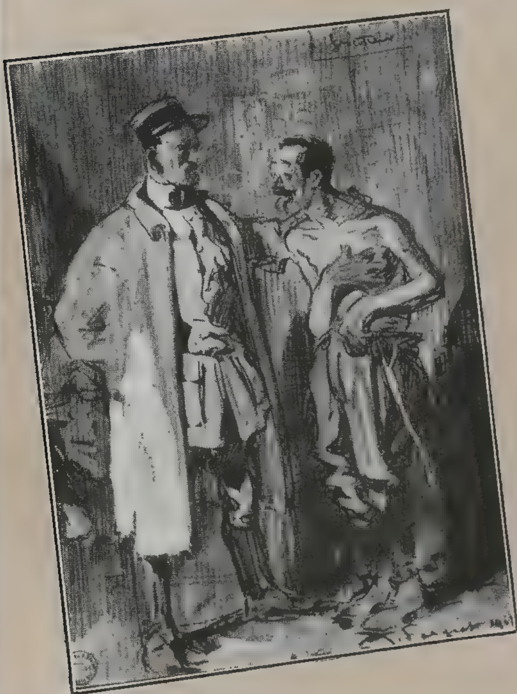
Petit blessé attendant son départ
de l'ambulance.



Poste de secours régimentaire.



Petit blessé
à l'ambulance.



Infirmerie régimentaire : Le " Fricoteur ".



Train sanitaire : le " Tisanier ".



Infirmier régimentaire et un éclopé.

Aristide Quillet, Édit.

F. Fargeot, pinx (Musée du Val-de-Grâce)

G. de Malherbe et Cie, Imp.

dans les aliments ou dans les milieux organiques, étude des denrées alimentaires et de leurs falsifications, etc. : tel est le champ d'études infiniment vaste ouvert à l'activité des pharmaciens militaires et dans lequel ils rendent journellement, avec un maximum de savoir et de conscience, les services les plus appréciés.

Après l'expertise chimique et toxicologique, la « comptabilité » tient une large place dans leur service. « Trop large », disent quelques-uns de nos camarades, qui ne voudraient pas se laisser distraire de leur tâche scientifique — le plus beau fleuron de leur couronne.

La dépense et la cuisine.

L'exécution des prescriptions alimentaires met en mouvement deux organes gémellés : la *dépense* et la *cuisine*. A elles deux, elles ont mission de remplir ce but capital de la « diététique » : donner à chacun, fébricitant ou convalescent, aigu ou chronique, entéritique, pulmonaire ou rénal, une alimentation adéquate à ses besoins, saine, tonique, appétissante, qui soutienne, stimule ou reconstitue les énergies momentanément défaillantes ou en voie de reviviscence.



Photo Mission Levasseur.

RÉFECTOIRE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 77, A MENTON, ALPES-MARITIMES).

La dépense — dirigée par un officier d'administration spécial — représente une sorte de dépôt pour les substances alimentaires. Les unes y sont en stocks périodiquement constitués; les autres, la viande et le lait par exemple, y sont apportées tous les jours au prorata des besoins. Les unes et les autres font l'objet d'expertises soignées au moment de leur apport par les fournisseurs (ceux-ci désignés à l'adjudication) et au moment de leur consommation. Quotidiennement, une commission, composée du médecin-chef de l'hôpital, de l'officier d'administration gestionnaire et d'un pharmacien, se transporte à la dépense pour y expertiser les denrées du jour; et, à la suite de cette séance, il arrive parfois que tel fournisseur soit mis en demeure de changer sa « fourniture ».

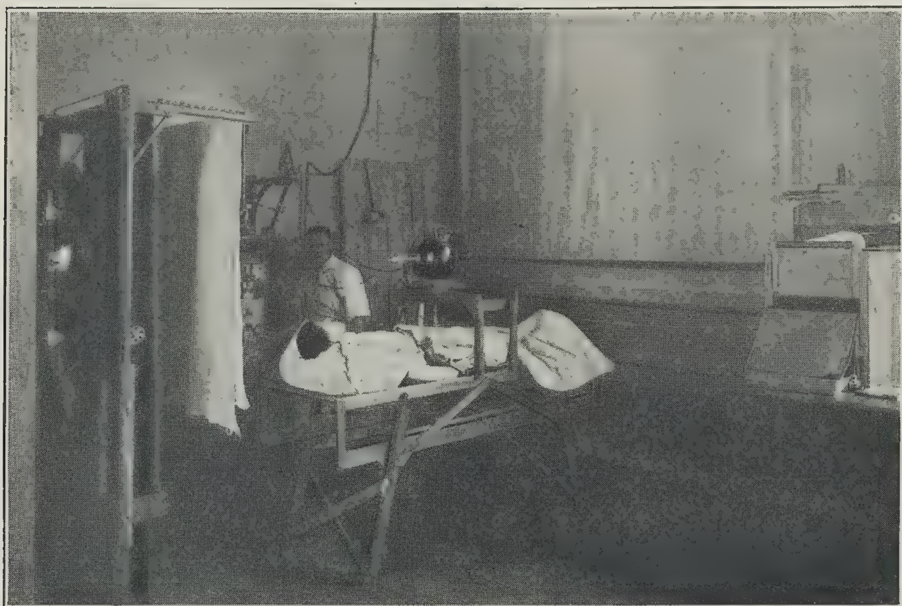
Confiée autrefois à des cuisiniers improvisés, l'*alimentation* des malades et blessés est assurée aujourd'hui par des cuisiniers « professionnels », et ceux-ci sont parfois des maîtres en leur art, des virtuoses.

Elle comprend des « régimes » différents : grand régime et petit régime (avec des « degrés » dans la quantité), régime des diètes, régime spécial.

Le « grand régime », qui comporte des mets plus ordinaires, est destiné aux estomacs plus tolérants; le petit régime aux sujets fébricitants ou convalescents — qui n'ont pas recouvré toute l'intégrité de leurs fonctions digestives; le régime des diètes (diète lactée, alimentaire ou absolue), aux grands malades et aux grands blessés opérés. On appréciera ce que représente d'éclectique et de vraiment médical — j'allais dire d'heureusement contraire à la rigidité et à l'uniformité administratives — le « régime spécial », que, dans certains cas particuliers justiciables d'une diététique plus savante, le médecin traitant peut composer à sa guise, sans tenir compte des « menus » établis au début de chaque semaine par le médecin-chef. Sans doute, c'est une complication pour la cuisine que cet éclectisme culinaire, « un peu trop civil » pour un hôpital militaire. Pour être accepté sans heurt, il exige de la part du médecin traitant de l'autorité, de la volonté et..... la démarche personnelle avec le sourire

Les services complémentaires de diagnostic et de thérapeutique.

Tributaires permanents de la pharmacie et de la cuisine, les services de médecine et de chirurgie font largement appel à l'heure actuelle, *au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique*, à des *services complémentaires*, désormais annexés à l'hôpital, et dont l'essor déjà magnifique — malgré leur apparition récente —



LA RADIOGRAPHIE (HOPITAL BUFFON V. G. I).

est une de nos plus belles conquêtes. Le temps n'est plus, en effet, où l'œil perspicace du médecin, son oreille affinée, son palper subtil étaient les seuls instruments du diagnostic médico-chirurgical. Inclinons-nous certes, et avec respect, devant les grands ancêtres qui firent de splendide besogne avec de pauvres moyens instrumentaux; mais félicitons-nous surtout d'avoir désormais à notre service, pour parfaire un diagnostic hésitant et incomplet, de superbes installations de Bactériologie, de Radiographie et d'Electro-diagnostic; pour réaliser une thérapeutique plus rationnelle et plus efficace, les ressources infiniment variées de la Radio et Radiumthérapie, de l'Electrothérapie, de la Mécanothérapie, de l'Hydrothérapie. Superbe floraison d'adjuvants diagnostiques et thérapeutiques, dont le Service de Santé militaire a voulu dès la première heure assurer le bénéfice à ses malades et à ses blessés. Et quel admirable effort accompli à cet égard au cours des deux dernières années de la guerre ! Pour nous borner à la radiographie, cette fouilleuse incomparable des organes internes et des tissus, elle a partout désormais son installation, petite ou grande, suffisante en tout cas pour préciser un diagnostic ou orienter une intervention chirurgicale. Essor inouï, qui exciterait la surprise émerveillée de nos devanciers et doit éveiller toute notre gratitude !

L'hygiène à l'hôpital. Les services de désinfection.

Clinicien et *thérapeute*, le médecin traitant doit faire aussi œuvre *d'hygiéniste*. Hygiéniste, il l'est déjà au premier chef quand il lutte contre l'encombrement et l'insuffisante aération des salles; quand il veille à la fréquentation régulière des bains et douches par les malades et les infirmiers, à la propreté des meubles, de la literie et du parquet; quand il fait la guerre au balayage à sec; quand il s'assure de la bonne tenue des latrines et du traitement antiseptique des « excreta ». Mais il l'est de façon plus spéciale et plus étroite, quand il fait appel aux services de *Désinfection* proprement dits.

Certes, dans un hôpital bien tenu, la désinfection est une opération de tous les temps et de tous les lieux. Elle doit se pratiquer partout et toujours, le plus tôt possible après la souillure. C'est ainsi que les « excreta » des malades — leurs expectorations surtout — seront déjà traités antiseptiquement dans les salles mêmes; que les linges à usage: mouchoirs, serviettes, etc., et le petit linge de corps: chemises, flanelles, cravates, etc., si constamment imprégnés de souillure *fraîche* — celle-ci particulièrement redoutable par les excrétions issues de la bouche, du nez, du pharynx et de tous les orifices naturels — s'accommoderont à merveille, plutôt que d'un transfert lointain à la désinfection, d'un traitement immédiat, à proximité des salles, par immersion dans une solution antiseptique.

Cela dit, les services de la désinfection — continués par ceux de la « buanderie » — compléteront ce qui ne peut être fait dans les salles mêmes.

Pour éviter la dissémination des souillures, les objets à désinfecter y seront apportés dans des récipients métalliques,



LA MÉCANOTHÉRAPIE (GRAND PALAIS).

ou mieux dans des sacs de cuir hermétiquement clos. C'est alors que, par la mise en œuvre de la vapeur d'eau agissant aux environs de 115 degrés dans l'étuve « Geneste-Herscher », ou, pour les objets non justiciables de l'étuve, celle des vapeurs formolées dans la « chambre à formol », sera réalisée la destruction totale des germes microbiens et des parasites. Ainsi sera jugulé avec certitude le danger de la contagion « indirecte » : entendez par là celle qui se produit en l'absence du malade et uniquement imputable aux objets souillés par lui — la plus redoutable, puisque, de par son mécanisme, la plus insidieuse. Et parce que les véhicules de la contagion sont infiniment variés et leur trace difficile à suivre, c'est au médecin traitant — le meilleur juge en l'espèce — qu'il appartient de dépister et de bien définir les objets et locaux à désinfecter, d'indiquer pour chaque cas le mode de désinfection applicable et d'en préciser minutieusement les détails. S'il n'est point la main qui exécute, il est l'œil qui guide et surveille ; et rien ne peut suppléer, en ces matières, à l'œil d'un maître autorisé.



LA DÉSINFECTION A L'ÉCOLE MILITAIRE.

Le médecin-chef.

Voilà, rapidement esquissés, les divers rouages de ce grand et délicat organisme qu'est un hôpital militaire. Ils joueront sans accroc, s'ils sont aux mains d'un « médecin-chef » digne ce ce nom. Le médecin-chef doit être un vrai « chef ». Rien de ce qui touche à l'hôpital ne doit lui être étranger. L'activité sera sa qualité maîtresse ; tout en respectant les initiatives de chacun — condition *sine qua non* du meilleur rendement collectif — il exercera inlassablement sa vigilance dans tous les domaines. Au lieu de verser dans la bureaucratie sédentaire — cette lèpre ! — il visitera tout, contrôlera tout, jugeant sur place, et sans cesse, des imperfections existantes et des progrès à réaliser. Son influence sera d'autant plus grande que sa personnalité sera moins contestée. De la bonté sans faiblesse, de la fermeté sans raideur, de la lucidité et de l'équilibre dans l'esprit, de l'impartialité dans le jugement, de la netteté dans la décision ; une conscience exacte des responsabilités et le courage de les assumer ; une camaraderie de bon aloi vis-à-vis de ses subordonnés ; à l'égard de ses collaborateurs, l'estime des supériorités, le respect de l'indépendance professionnelle et la défense vigoureusement poursuivie de leurs intérêts légitimes ; un souci constant du mieux, surtout dans le domaine de l'hygiène et de la thérapeutique hospitalières ; *des connaissances techniques solides :* telles sont les qualités requises pour la direction d'un hôpital militaire.

Tant vaudra le moteur, tant vaudra la machine ; et celle-ci est précieuse entre toutes, puisqu'elle est régénératrice et conservatrice de cette richesse sans égale : le Capital humain.

LAFFORGUE,
Médecin principal,
Professeur agrégé des Facultés.



Photo Mission Levasseur.

LA BUANDERIE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 32 BIS, A ROSENDAEL, NORD).

GESTION ET COMPTABILITÉ

On conçoit qu'il ne soit pas possible au médecin de consacrer son temps à des questions d'ordre exclusivement administratif. Ces questions, pour paraître acces-

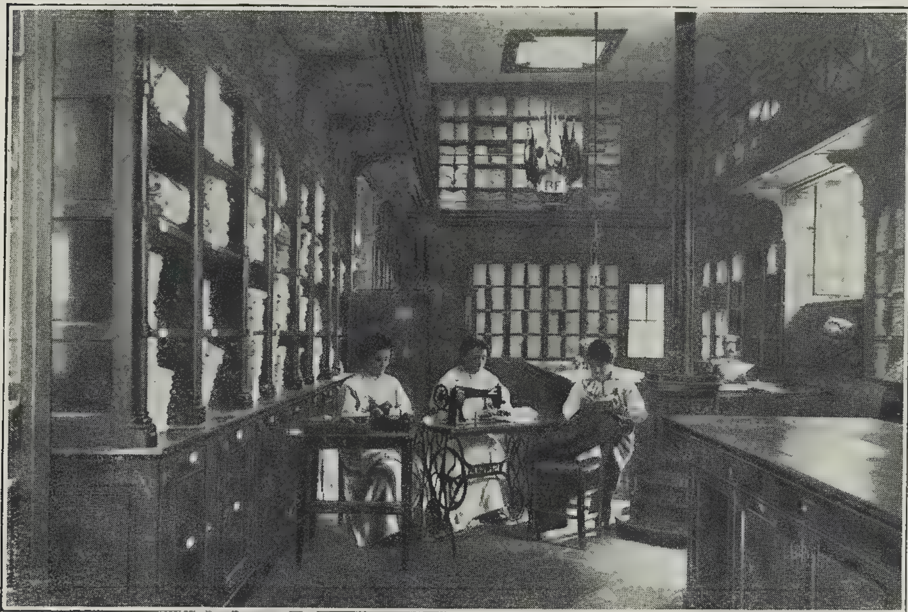


Photo Mission Levasseur.
LA LINGERIE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 18, A BORDEAUX, GIRONDE).

soires dans un milieu purement médical, n'en sont pas moins essentielles pour la marche régulière d'un organisme aussi compliqué que le Service de Santé.

Où se termine l'action du médecin commence celle de son « complément indispensable » : l'officier gestionnaire. C'est que dans toute organisation il faut de l'argent, du matériel et, par suite, une responsabilité impliquant en matière d'administration publique des justifications comptables.

Si peu défendable que soit la cause de la « paperasserie », dont l'excès tue l'initiative, il faut donc admettre la nécessité de recourir à l'emploi de comptabilités, si simplifiées soient-elles. D'où la présence, dans le Service de Santé, d'un corps de comptables, dont nous allons très rapidement définir quelques-unes des attributions (1).

Jusqu'à présent on a vu comment est composé le personnel sanitaire. Mais d'où vient l'argent ? A quelle source est puisé le matériel ? Comment ce matériel est-il constitué, utilisé, remplacé, justifié dans son emploi et dans son existence ? De quoi se composent les bâtiments dont dispose le Service de Santé et qui en a la charge et l'entretien ? Autant de questions qui viennent tout naturellement à l'esprit du lecteur

De la gestion proprement dite.

Il existe dans chaque formation du Service de Santé un officier d'administration gestionnaire, chargé d'en assurer le fonctionnement administratif.

Suivant la formule consacrée, administrer c'est : prévoir, exécuter et rendre compte.

L'officier gestionnaire prévoit donc les besoins de sa formation en denrées, objets de consommation, et matériels de toute nature. Il achète, requiert, se procure auprès des autres services de l'armée tout ce qui est nécessaire à l'alimentation, au couchage, au chauffage, à l'éclairage, au blanchissage, à l'entretien et à la propreté, à l'habillement, en un mot tout ce qui est indispensable non seulement aux malades, mais aussi aux infirmiers. L'officier gestionnaire est, comme on le voit, le grand pourvoyeur de sa formation. A-t-il une défaillance dans ses prévisions, un retard dans son ravitaillement ? Aussitôt, le médecin n'a plus les instruments et le matériel de pansement dont il a besoin, le malade n'a plus de linge de rechange, le cuisinier n'a plus rien à mettre dans sa marmite, le personnel n'est plus payé.

Placé sous l'autorité directe du médecin, l'officier gestionnaire est essentiellement un agent d'exécution. C'est lui qui est chargé d'appliquer toutes les prescriptions, aussi complexes que nombreuses, des lois et règlements en vigueur. Et ceci, notons-le en passant, nécessite des connaissances administratives extrêmement variées, qui s'étendent même à la matière de plusieurs codes.

Un officier gestionnaire doit, en effet, être à la fois : officier de troupe, officier



Photo Mission Levasseur.
LE VESTIAIRE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 2, A TOURS, INDRE-ET-LOIRE).

(1) La création du corps des officiers d'administration du Service de Santé remonte à 1824, date à laquelle la gestion dite à l'entreprise fut supprimée.

payeur, officier d'armement, d'habillement, de casernement, comptable, officier d'état civil, magasinier, notaire, commerçant, industriel, ingénieur, architecte, cuisinier, ouvrier d'art, etc... Comptable des deniers publics, il est pécuniairement responsable, vis-à-vis du ministre de la Guerre, des dépenses ou consommations non autorisées par les règlements qu'il est chargé d'appliquer. Aussi dépose-t-il dans la caisse publique, en garantie de sa bonne gestion, une somme appelée « cautionnement », dont le chiffre varie avec l'importance de l'établissement (ce cautionnement atteint 15.000 francs pour les établissements importants).



EXERCICE DE MONTAGE DE LA TENTE TORTOISE.
(Photo Archives et Documents de guerre du Service de Santé militaire.)

A l'aide des avances de fonds qui lui sont faites par le Directeur du Service de Santé, l'officier gestionnaire paye toutes les dépenses résultant des achats qu'il effectue pour le compte de ce Service. Ces achats peuvent être faits soit de la main à la main, soit par marchés de gré à gré, soit encore, pour les grosses fournitures et lorsqu'il paraît avantageux de faire appel à la concurrence, par adjudications simples ou restreintes.

L'officier gestionnaire a encore d'autres tâches à remplir. Il en est même d'assez délicates, comme celle qui consiste à être le dépositaire, vis-à-vis des malades ou de leur famille, des papiers personnels, titres, argent, bijoux, dont les malades sont porteurs lors de leur admission à l'hôpital, et que, dans l'intérêt des propriétaires ou de leurs héritiers éventuels, il est opportun de mettre à l'abri des tentations. L'officier gestionnaire est également chargé de liquider les « successions » des militaires décédés à l'hôpital; il en fait la remise aux « ayants droit », sur la présentation d'un certificat d'hérédité.

Officier d'état civil aux armées, l'officier gestionnaire est appelé à dresser des actes de naissance, à faire des mariages, à établir des actes de décès, à apposer des scellés, à recevoir, en présence du médecin, des testaments olographes, authentiques ou mystiques. Il tient les registres d'état civil et, à ce titre, il est justiciable des tribunaux civils.

Il n'est pas jusqu'aux bâtiments dont, en bon locataire qu'est le Service de Santé, l'entretien, les réparations et les petites améliorations ne lui incombent.

Pour les formations sanitaires aux armées, le Service de Santé est propriétaire du contenant et du contenu; ce n'est qu'au cas d'immobilisation prolongée, lorsque les ressources le permettent, qu'utilisation est faite des locaux appartenant soit à des collectivités, soit à des particuliers. Dans ce cas, la tâche de l'officier gestionnaire n'est pas moins lourde, puisqu'il est responsable de l'existence et de la bonne conservation de tous les locaux mis à sa disposition momentanée et dont il a pris charge.

Enfin, et indépendamment des actes de gestion proprement dite, il est certaines opérations accessoires qui présentent encore une importance considérable. L'officier gestionnaire exerce, en effet, sur le personnel infirmier les fonctions de commandant de détachement. Il est, au point de vue militaire et administratif, l'instructeur et l'éducateur de ce personnel; il en a la police et la discipline. Il fixe son emploi du temps. Tout ce qui a trait à « l'ordinaire », au casernement, au paiement de la solde, à l'avancement, aux récompenses et aux punitions des infirmiers, relève de son autorité. Il est auprès du médecin-chef l'intermédiaire obligé de ce personnel. Son action de police et de surveillance porte également sur les militaires hospitalisés. Il fait distribuer à tout le personnel de sa formation les correspondances et colis qui lui sont destinés. Les envois de fonds soit des familles aux malades, soit des malades aux familles s'effectuent sous sa responsabilité pécuniaire.



MAGASIN DE MATÉRIEL D'UN HOPITAL D'ÉVACUATION.
(Photo Archives et Documents de guerre du Service de Santé militaire.)

Après avoir prévu et exécuté, l'officier gestionnaire doit ensuite rendre compte. A cet effet, l'officier gestionnaire est tenu de produire sur pièces authentiques la justification des dépenses qu'il accuse, des consommations dont il se déclare créditeur, des



MATÉRIEL IMPROVISÉ : VOITURE DE RAVITAILLEMENT AVEC CAISSE INGÉNIEUSEMENT CONSTRUITE POUR LE TRANSPORT DE LA VIANDE.

effectifs qu'il certifie avoir nourris, logés, entretenus. Cette troisième opération se traduit par l'exposé sur le papier des opérations de la gestion, et l'ensemble des écritures qu'elle comporte constitue la « comptabilité. »

De la comptabilité.

Nous n'envisagerons cette question, un peu spéciale et technique, de la comptabilité que dans ses grandes lignes.

A priori, et quoique l'idée puisse paraître étrange, un comptable des deniers et matières publics est toujours frappé de suspicion, toute opération de comptabilité se présentant par une inscription au compte débiteur. L'officier gestionnaire doit donc, à tout moment, se trouver à même de se justifier tant des deniers qu'il a dans sa caisse, que du matériel ou des objets de consommation qu'il a en service ou en magasin. D'où l'obligation de recourir soit à des comptes aux contextures plus ou moins compliquées, mais répondant chacune à un but défini, soit à l'emploi de documents nombreux, souvent de couleur différente, pour en faire une reconnaissance rapide.

Pour donner une idée de leur complexité, bornons-nous à indiquer qu'il existe quatre sortes de comptabilités :

1° La *comptabilité-journées*, qui a pour but de contrôler les entrées, les sorties, les décès, les évacuations, et conséquemment de fixer le nombre de journées d'hôpital donnant droit à une consommation approximative en objets et matériels de toutes natures, calculée suivant des tarifs déterminés à l'avance, d'après les consommations moyennes obtenues au cours des années précédentes;

2° La *comptabilité-deniers*, qui a pour raison essentielle de justifier, au moyen de factures acquittées des fournisseurs, et récapitulées dans des comptes centralisateurs, l'emploi des sommes mises à la disposition de l'officier gestionnaire ;

3° La *comptabilité-consommation* : on appelle « articles de consommation » tout ce qui est considéré comme consommé du simple fait de sa mise en service : denrées alimentaires, charbon, etc... La vérification et l'approbation définitive de ces consommations sont prononcées par le Directeur du Service de Santé, ordonnateur des crédits, assisté à cet effet d'un officier d'administration qui joue en la circonstance le rôle d'agent technique;

4° La *comptabilité-matières*, où figurent les quelque 6.000 articles qui composent l'arsenal chirurgical, les pansements, les matériels pharmaceutique et bactériologique, l'ameublement, la literie, la verrerie, le matériel de campagne — en résumé tout ce qui est nécessaire au Service de Santé, tant sur le territoire qu'aux armées, et qui par sa nature n'est pas susceptible d'être classé comme objet de « consommation ». Pour fixer les idées sur l'impor-



MATÉRIEL DE FORTUNE DU A L'INITIATIVE DU PERSONNEL INFIRMIER : CASIERS POUR EFFETS D'ÉQUIPEMENTS FABRIQUÉS A L'AIDE DES SEULS OUTILS RÉGLEMENTAIRES AVEC DU BOIS COUPÉ DANS LA FORÊT VOISINE; FOUR INCINÉRATEUR DE DÉTRITUS.

(Photos Archives et Documents de guerre du Service de Santé militaire.

tance de ce matériel, dont l'officier gestionnaire est responsable pécuniairement, rappelons que la valeur approximative en peut être évaluée, au bas mot, à un milliard de francs.

Dans un document centralisateur appelé « compte de gestion », l'officier gestionnaire récapitule toutes ses opérations à charge et à décharge, et au moyen d'un jeu d'écritures il peut à tout moment indiquer le nombre des objets dont il est comptable.

Ce compte de gestion est soumis à la vérification de la Cour des Comptes, dont le quitus libère définitivement l'officier gestionnaire vis-à-vis de l'Etat.

Cet exposé serait incomplet si nous ne rappelions d'un mot les sections d'infirmiers militaires, qui sont les réservoirs d'énergie du Service de Santé. Comme nous l'avons déjà indiqué, les infirmiers sont répartis entre 25 sections, qui fonctionnent dans les mêmes conditions qu'un corps de troupe ordinaire. Le commandement en est exercé par un officier d'administration, dont le titre est celui de « Commandant de Section ». Il est à la fois chef d'unité, conseil d'administration, trésorier, officier d'habillement, de casernement, d'armement, etc.

Le cadre étroit qui nous est réservé ne nous permet pas d'entrer dans de plus amples détails. Mais il apparaît dès maintenant que des officiers gestionnaires, experts et allants, sont aussi utiles à la bonne marche de ce service qu'à toute autre organisation sérieuse.

Le rôle de l'officier gestionnaire, pour paraître secondaire et obscur, n'en a pas moins une importance essentielle. Et s'il est vrai, comme on l'a lu plus haut, que « tant vaut le moteur, tant vaut la machine », il faut reconnaître que l'action de ce moteur n'aura d'effet que si la machine, par son bon équilibre, est en état d'en recevoir les impulsions et de *réaliser* l'idée directrice.

Un Service de Santé sans médecin directeur serait un non-sens; un Service de Santé sans gestionnaire serait une administration sans administrateur.

L'officier d'administration est donc le collaborateur précieux du médecin; il en est le complément nécessaire. Le médecin peut se reposer entièrement sur sa vigilance; il trouvera toujours en lui le compagnon sûr et fidèle, prêt à toutes les tâches et à toutes les collaborations pouvant contribuer à l'amélioration du bien-être de nos glorieux blessés.

LAMONTAGNE,
Officier d'administration de 1re classe
au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé

COMMENT ON SORT DE L'HOPITAL.

Au cours des précédents chapitres, nous avons suivi pour ainsi dire pas à pas le douloureux chemin qui, depuis le champ de bataille, a conduit le blessé jusqu'au lit bienfaisant qu'abrite l'hôpital de l'intérieur.

Pendant ce long voyage, nous avons pu mesurer la complexité et la diversité des moyens que le Service de Santé de l'avant doit mettre en œuvre pour remplir sa tâche.



Photo Mission Levasseur.

LES ADIEUX DU BLESSÉ GUÉRI (HOPITAL BÉNÉVOLE N° 26 BIS, EYMOUTIERS, HAUTE-VIENNE).

Celle qui incombe au Service de Santé de l'arrière n'est ni moins lourde, ni moins difficile; en outre elle est peut-être plus délicate, car elle touche nécessairement à une série de problèmes qui débordent les contingences d'ordre purement militaire et soulèvent de nombreuses questions économiques et sociales.

D'autre part, le fait d'étudier comment les militaires sortent de l'hôpital nous oblige forcément à jeter un coup d'œil sur l'ensemble des services de l'arrière. Nous sommes donc amené à ne considérer cet exposé que comme une sorte de préface, mais une préface nécessaire aux chapitres qui, au cours de cet ouvrage, exposent dans tous ses détails le fonctionnement des grands services de spécialités médicales, chirurgicales et médico-légales.

En effet, on peut sortir d'un hôpital pour entrer dans un autre plus particulièrement désigné pour assurer aux blessés et malades les soins nécessités par leur état : dans cet ordre d'idées, l'exemple le plus banal et qui s'offre le premier à l'esprit



Photo Mission Levasseur.

DÉPART D'UN CONVOI DE BLESSÉS ALLANT EN CONVALESCENCE A ARCACHON (HOPITAL-DÉPOT DE CONVALESCENTS FAUCHER, A BORDEAUX).

est celui des hôpitaux de contagieux.

On comprend également que des formations sanitaires soient réservées au traitement des malades, à l'exclusion des blessés; et il est à peine besoin de signaler que diverses régions offrent, par leurs conditions climatériques particulièrement favorables, de précieuses ressources thérapeutiques qu'il convient d'utiliser.

C'est ainsi que dans les régions maritimes, comme à Berck-sur-Mer, certains hôpitaux sont destinés aux malades atteints de tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

Sur la Côte d'Azur, dans un site merveilleux de verdure et de lumière, l'hôpital du Mont-des-Oiseaux permet de faire bénéficier de la cure solaire un grand nombre d'officiers blessés.

De même encore les hôpitaux sanitaires recueillent les militaires atteints de tuberculose pulmonaire qui y reçoivent non seulement les soins les plus judicieux, mais aussi cette éducation hygiénique indispensable pour engager une lutte efficace contre ce fléau social qu'est la tuberculose.

Citons enfin les hôpitaux de différentes stations où l'action bienfaisante des eaux minérales donne de si beaux résultats.

Il y a donc entre les diverses formations sanitaires du territoire un échange perpétuel de blessés, et le mouvement des entrées et des sorties qui résulte des causes que nous venons de signaler atteint chaque mois un chiffre important.

Ce mouvement est d'ailleurs conditionné par les nécessités du service et l'intérêt bien compris du blessé. Si nous prenons, en effet, comme exemple un blessé sérieux arrivant du front, il sera d'abord dirigé sur un hôpital chirurgical A, c'est-à-dire pourvu de toutes les installations nécessaires à la chirurgie moderne, et où exerce un chirurgien qualifié.

Après y avoir été opéré et soigné, il arrivera un moment où le blessé n'aura plus besoin que de pansements relativement simples pour guérir. Le blessé sortira dès lors de l'hôpital A pour entrer dans un hôpital B ou C, où, après un séjour plus ou moins long, il achèvera sa guérison.

Mais, au cours de sa cure, le blessé peut aussi avoir besoin d'un spécialiste, suivant le siège de sa blessure ou les complications qui peuvent en être la conséquence. Alors il quittera son hôpital traitant pour être dirigé sur un des divers centres de spécialité créés dans chaque région : centres d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie, etc.

Les centres de prothèse maxillo-faciale méritent à cet égard une mention spéciale : ils reçoivent, aussitôt que leur état le permet, les blessés de la face, et d'éminents spécialistes mettent tout leur art à réduire au minimum les déformations du visage, si pénibles pour les blessés.

Les centres de vénéréologie, de psychiâtrie reçoivent également ceux que des complications nerveuses ou autres rendent justiciables de traitements spéciaux.

Enfin, il a fallu également envisager le cas des blessés qui, à la sortie des hôpitaux proprement dits, sont justiciables d'un traitement par les agents physiques et sont alors dirigés vers les centres de physiothérapie, où l'on met en œuvre toutes les ressources de la mécanothérapie, de la kinésithérapie, de l'électricité médicale, de



Photo Mission Levasseur.

ÉVACUATION DE BLESSÉS (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 9, A LYON).



ÉVACUATION DE BLESSÉS A LACHY

(Bataille de la Marne, 7 septembre 1914.)

Tableau de M. Paul PRÉVÔT, de la 22e Section d'Infirmiers Militaires

(Prix et Médaille du Salon des Artistes français.)



l'hydrothérapie, de la radiumthérapie, etc...

Ajoutons que, sur l'heureuse initiative de plusieurs chefs de centres, le sous-secrétaire d'Etat a favorisé la réalisation de diverses mesures susceptibles de faire récupérer rapidement aux blessés leur faculté de travail. Tels sont les congés de travail, l'organisation des équipes agricoles, l'hébergement dans les centres hospitaliers agricoles, modalités diverses de l'application au blessé des bienfaits du travail volontaire et surveillé par les médecins des centres de physiothéraphie.



HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (HOPITAL BÉNÉVOLE N° 21 BIS).

Enfin, d'autres blessés sortent encore de l'hôpital traitant pour être aiguillés vers des centres hospitaliers d'une nature particulière. Aux blessés de cette catégorie s'attache toute la sollicitude du pays, car ils garderont toute leur vie le témoignage douloureux des sacrifices consentis. Nous voulons parler des mutilés et des amputés, qui sont dirigés sur les centres d'appareillage et d'orthopédie, lesquels sont en même temps des centres de rééducation professionnelle.

C'est là que leur sont appliqués les appareils de prothèse destinés à remédier à leur mutilation et à leur permettre soit de reprendre leur ancienne profession, soit, par un apprentissage convenable, de se préparer à en exercer une nouvelle, et de reprendre ainsi dans le cadre social la place légitime qui est due aux bons citoyens.

Toutes les formations sanitaires ou centres spéciaux dont nous venons de parler recrutent donc leur clientèle parmi les blessés ou malades sortant des autres hôpitaux. Ils ont pour but de leur assurer des soins d'ordre médical, et aussi de « consolider » leur état, en donnant au mot consolider le sens que lui attribue la loi sur les accidents du travail : une blessure consolidée est une blessure qui, quoique pouvant avoir pour conséquence une infirmité durable, n'est plus susceptible d'être améliorée par un traitement médical.

En ce qui concerne les blessés dont la blessure est parvenue à la consolidation, diverses questions peuvent se poser, qui sont du domaine de l'expertise médico-légale.

En effet, parmi les blessés sortant de tous les hôpitaux ou centres de spécialités, les uns sont complètement guéris; d'autres ont encore besoin d'une convalescence plus ou moins longue avant de pouvoir reprendre leur place dans le rang; d'autres enfin, qui ne pourront plus servir leur pays comme soldats, sont justiciables de la réforme ou de la retraite.

Ils ont payé le lourd impôt du sang et vont rentrer dans leurs foyers avec une infirmité plus ou moins grave. Mais celle-ci leur ouvre des droits à une gratification ou à une pension. Il convient dès lors d'en déterminer le taux d'une façon équitable, aussi bien dans leur propre intérêt que dans l'intérêt de l'Etat.



LE MONT-DES-OISEAUX, PRÈS D'HYÈRES (SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES).

Les divers problèmes qui sont ainsi soulevés à la sortie des hôpitaux ont été résolus de la façon suivante :

Les blessés légers complètement rétablis bénéficient d'une permission de sept jours avant de rejoindre leur dépôt.

Pour les autres, ils sont envoyés au centre spécial de réforme, lequel n'est plus à proprement parler un hôpital, mais un centre d'examen médico-légal, où se trouvent des médecins rompus à la pratique de ce genre d'expertise. Ceux qui ont besoin d'un long repos au pays natal sont présentés à une Commission, comprenant des officiers et des médecins, qui fixe la durée de leur convalescence (de un



Photo Mission Levasseur.

CENTRE D'APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE ET DE RÉÉDUCATION DE LA 13e RÉGION (HOPITAL TEMPORAIRE No 82, A CLERMONT-FERRAND).

à trois mois). Ceux qui sont justiciables d'un changement d'arme, de la réforme ou de la retraite, sont présentés à la Commission spéciale de Réforme, après avoir été l'objet d'un examen minutieux.

Le centre spécial de réforme a donc une double tâche à remplir : l'une, particulièrement délicate, qui doit garantir pour le présent et pour l'avenir les droits si respectables du blessé ; l'autre, non moins difficile, qui consiste à renvoyer à leur corps les blessés guéris, à préciser la durée légitime des convalescences, et à assurer ainsi la récupération des effectifs, condition essentielle des guerres de longue durée.

Cette récupération des effectifs atteint d'ailleurs une proportion très élevée. Si nous considérons en effet cent blessés évacués du front sur les hôpitaux du territoire, les statistiques nous apprennent que, sur ce total, douze seulement sont définitivement perdus pour l'armée ; les autres, après un temps plus ou moins long, peuvent reprendre leur place dans les rangs d'une unité combattante.

Ces chiffres donnent la mesure des résultats obtenus et leur éloquence mathématique montre l'importance et la grandeur du rôle joué par le Service de Santé. En effet, la récupération militaire peut seule assurer le maintien des effectifs et la force des armées. Quant à la récupération sociale, elle a pour but de rendre à l'atelier, à l'usine et à la terre des hommes qui, malgré leur infirmité, pourront exercer utilement leur profession et concourir ainsi à la prospérité économique du pays.

Enfin, il arrive parfois que la science et le dévouement sont impuissants à maîtriser l'œuvre de mal commencée sur le champ de bataille. De glorieux blessés meurent pour la France dans les hôpitaux, malgré tout l'effort prodigué afin de les sauver. Arrivés au terme de leur sacrifice, ils sortent de l'hôpital pour être conduits à leur ultime demeure. Du moins les derniers moments du héros ont-ils été adoucis dans toute la mesure du possible... Quand disparaissent une à une les chances de guérison, quand l'espoir s'efface, alors on appelle les siens à son chevet, et de chers visages peuvent se pencher sur lui avant que, sa tâche accomplie, le bon ouvrier ne s'endorme d'un éternel sommeil. Et si le sort, contraire jusqu'au bout, empêche ce suprême adieu, alors on recueille pieusement, pour les transmettre à ses proches, les humbles souvenirs qui appartenaient au soldat, qui sont un peu de sa vie quotidienne, qui étaient avec lui au grand jour de la bataille, quand il fut frappé, face à l'ennemi, au champ d'honneur.

Heureusement, — et nous pouvons le dire avec une légitime fierté professionnelle, — malgré la perfection et la variété des engins de destruction, le chiffre des décès qui surviennent dans les hôpitaux est absolument infime par rapport au nombre des blessés qui y reçoivent des soins (à peine 1,40 0/0).

Cette constatation est la meilleure preuve des progrès accomplis par la science médicale et chirurgicale, et aussi le témoignage précieux de l'inlassable dévouement du Corps de Santé.

Dr SCHEFFLER,
Membre
de la Commission supérieure consultative
du Service de Santé.

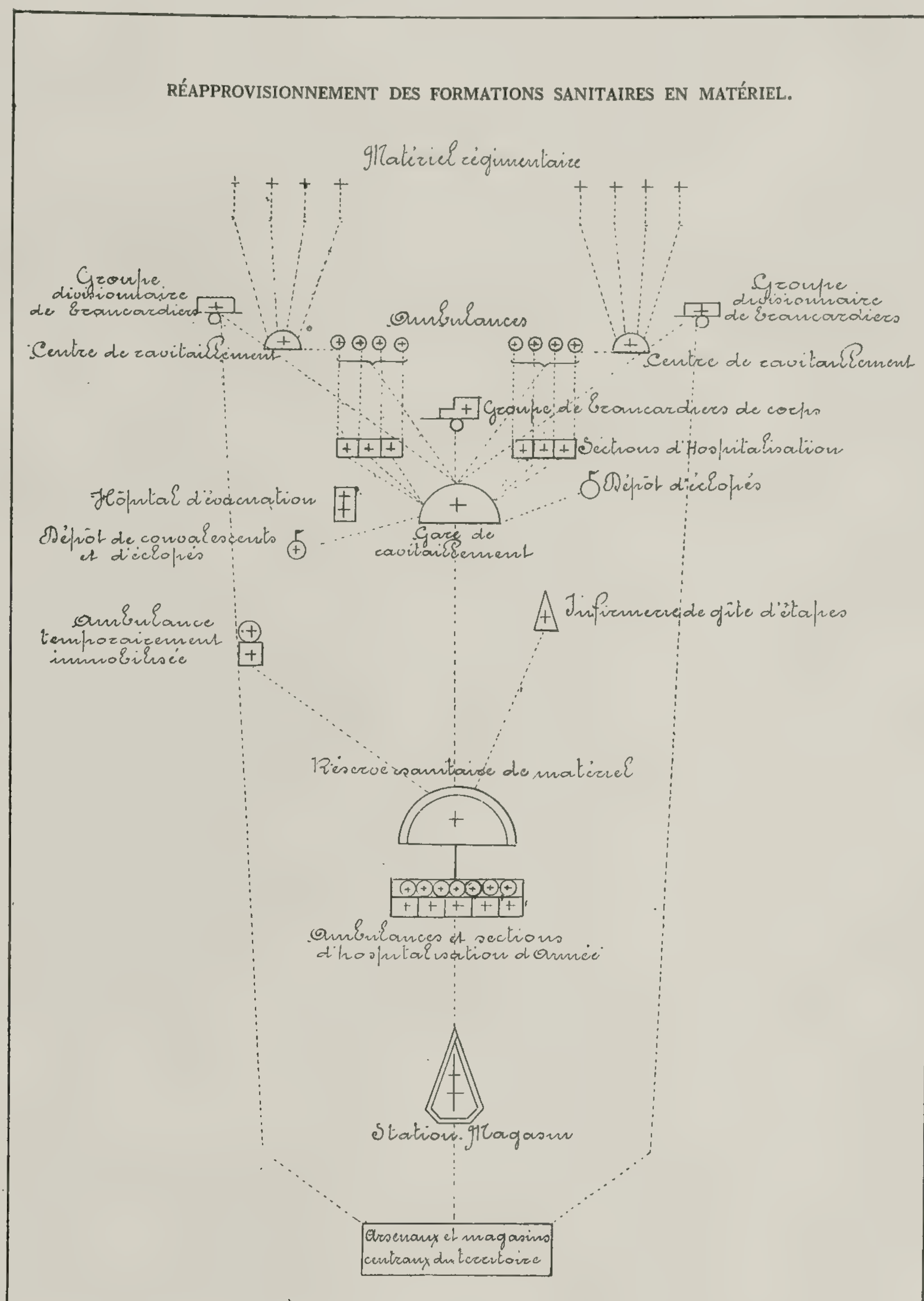


Photo Mission Levasseur

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE DE LA 13e RÉGION (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE No 88, A CLERMONT-FERRAND).

LE RAVITAILLEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'exposé qui vient d'être fait du fonctionnement d'ensemble du Service de Santé laisse deviner l'étendue des besoins matériels auxquels il doit satisfaire. Elle dépasse tout ce qui avait été prévu au temps de paix. Lits et couchages, pansements et médicaments, appareils de prothèse ou d'orthopédie, lingerie et vêtements d'hôpital, instruments de chirurgie, de radiographie, de stérilisation; brancards, voitures camions spéciaux de toutes sortes, tentes et baraques de tous types et de tous modèles, aliments et objets de consommation de toutes catégories, il n'y a pas une branche des matériels du Service de Santé qui ne se soit développée, transformée, depuis le début de la guerre, au delà de tout ce qui avait été imaginé.



RÉAPPROVISIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES EN MATÉRIEL.

Plan de mobilisation du Service de Santé où êtes-vous ? Comme vous étiez modeste auprès du spectacle qui nous est offert aujourd'hui ! Et comme vous étiez modeste aussi, chapitre 36 qui donniez alors au Service de Santé sa toute petite part du budget national !

Les premières semaines de la guerre, il est vrai, n'étaient pas écoulées que tous les approvisionnements mis en réserve en vue de la mobilisation étaient épuisés et partout il fallait suppléer par des procédés de fortune à l'imprévision initiale.

Peu à peu, cependant, la méthode elle-même s'est substituée à l'improvisation. De nouveaux magasins ont été édifiés. Ceux qui existaient ont été agrandis. Des ateliers, les Ateliers Généraux du Service de Santé, ont été ouverts, et de Marseille à Bordeaux en passant par Limoges, Châteauroux et Nantes, les fondements solides de l'organisation actuelle ont été creusés. Sur tout le territoire parsemé d'hôpitaux les magasins et ateliers centraux servent aujourd'hui de points d'appui rationnels à un réseau continu de magasins régionaux. Par l'intermédiaire des stations magasins et des réserves de matériel sanitaire ils ravitaillent également les formations d'armée, de corps d'armée, de division et les infirmeries des corps de troupe. Et l'administration centrale qui les pourvoit répartit à sa guise leur contenu, de degré en degré, jusqu'à celui où il entre en service ou en consommation.

Entre ces deux fonctions de l'administration centrale « répartir » et « pourvoir » celle qui consiste à prévoir et à pourvoir est assurément la plus délicate : il n'est pas de distribution dont on ne vienne à bout.

Durant une guerre aussi longue c'est au contraire un problème constamment changé de face et presque toujours aussi malaisé à résoudre que d'assurer le renouvellement régulier des 12.000 ou 15.000 articles qui figurent à la triple nomenclature du « matériel » proprement dit, de la « pharmacie », et des « denrées et objets de consommation ». La solution, pour une guerre courte, eût été facile. Les premiers mois de la guerre se sont contentés d'épuiser partout



MAGASIN CENTRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A PARIS, L'ENTRÉE.

où ils se trouvaient les stocks existants; chacun s'en chargeait sur place. Les stocks disparus, il a bien fallu remonter à la source. La plupart étaient taries. L'on dut s'adresser à l'étranger. La France n'y avait pas encore de missions. Ce fut le règne, heureusement éphémère, des intermédiaires.

Comme chaque magasin et quelquefois chaque hôpital achetait, les intermédiaires avaient beau jeu de mettre magasins et hôpitaux en concurrence. Ils ne s'en faisaient pas faute; tant et si bien que la nécessité apparut, s'imposa, de centraliser les achats, les fabrications, de les confier tous à quelques techniciens, et, au lieu de vivre au jour le jour, au hasard des rencontres et des besoins, de faire exécuter, en un seul point, un programme d'ensemble.

C'est le rôle qui a été dévolu à la « Direction des marchés et des approvisionnements du Service de Santé ». Placée directement sous le contrôle de l'administration centrale et en dehors d'elle, la D. M. A. S. S. comporte trois bureaux correspondant aux trois catégories d'approvisionnements du Service de Santé : le bureau du matériel, composé d'ingénieurs et de tisseurs; celui de la pharmacie, composé de pharmaciens et de chimistes; celui des denrées et objets de consommation, composé de commerçants de l'alimentation.

Le sous-secrétariat lui donne ses programmes. Elle est chargée de les réaliser.

En temps de paix, les règlements lui imposeraient l'emploi de l'adjudication publique. La guerre l'a rendu facultatif. Non sans raison. Il arrive sans doute, en temps de paix, que les ententes entre fournisseurs altèrent le jeu de la concurrence, et que le juste hasard des adjudications s'en trouve faussé. On peut espérer que c'est l'exception. Il serait difficile d'en dire autant pour une guerre comme celle-ci. Tous les moyens de production sont atteints par elle. La consommation ne l'est pas moins. Les producteurs sont le petit nombre et au coude à coude. L'Etat, qui est maître de la plupart des matières premières, d'une grande partie de la main-d'œuvre, se trouve aussi presque le seul consommateur. Comment l'équilibre ordinaire de l'offre et de la demande ne serait-il pas rompu ? Il l'est en effet et c'est un devoir national pour l'Etat, au lieu d'accueillir en tout état de cause les offres qui lui sont faites, de calculer lui-même les prix de revient et de limiter ceux qu'il payera, en conséquence. La réquisition est mise par la loi entre ses mains à cet effet; réquisition de matières premières, réquisition d'outillage, réquisition de services. Il n'en doit user qu'avec ménagement. Mais il n'y a pas de résistance indue qui ne doive à la fin s'y briser. Telles sont les directives qui ont inspiré la création de la Direction des marchés et des approvisionnements du Service de Santé. Elles l'ont déjà poussée dans la voie des fabrications et l'y pousseront sans doute de plus en plus : fabrications en régie; marchés de transformation dans lesquels l'État fournit la matière première et paye l'usinage. Et non pas



MAGASIN CENTRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A PARIS,
MATÉRIEL DE RÉSERVE.



Photo section phot. de l'armée.

MAGASINS GÉNÉRAUX DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
(GIRONDE).

seulement souci de l'économie mais volonté aussi de fixer en France des industries restées jusqu'ici étrangères, et qui nous obligeaient aux plus onéreuses importations. L'État consommateur a partout ce double devoir à remplir. La D. M. A. S. S. y emploie toutes ses facultés et toutes ses forces.

L'étude séparée de chacune des trois branches du matériel du Service de Santé montrera tout ce qui a déjà été accompli en ce sens, notamment pour le développement de l'industrie des produits chimiques et pharmaceutiques.



Photo Dorsand, Mission Levasseur.

MAGASIN GÉNÉRAL DE CHATEAUROUX (INDRE), MATELASSERIE (VUE D'ENSEMBLE).

Les Magasins du Service de Santé.

D'accord avec les états-majors, le Service de Santé entretient, tant aux armées qu'à l'intérieur, 600.000 lits en chiffres ronds. Chacun de ces lits attend son blessé ou son malade. Il est toujours prêt. L'on imagine ce que cela veut dire et quels accessoires cette permanence d'hospitalisation représente.

Au moment de la mobilisation, le Service de Santé disposait en tout et pour tout, pour y faire face, de deux magasins d'approvisionnement placés directement sous l'autorité du ministre : le magasin central de Paris et celui de Marseille, plus spécialement consacré au ravitaillement des hôpitaux de l'Afrique du Nord. Un troisième établissement, les Docks de Vanves, ne réalisait directement aucun approvisionnement, et se consacrait tout entier à la constitution des unités collectives destinées au service en campagne. Le magasin central fournissait les éléments. Vanves les groupait, les arrimait d'après les tableaux modificatifs du nouveau règlement sur le Service de Santé en campagne. Aussitôt prêt, chaque panier, chaque caisse, chaque sacoche ou musette réglementaire était acheminé vers sa réserve de mobilisation. La déclaration de guerre a pris le Service de Santé au milieu de ce travail. Le type de l'ambulance avait remplacé celui de l'hôpital de campagne. Toutes les unités collectives étaient changées. Une moitié seulement des corps d'armée possédaient les nouveaux types.

La mobilisation, d'ailleurs, eut le même effet partout : celui de vider les réserves de guerre appelées à fonctionner ensuite comme magasins régionaux. Il suffit de quelques jours pour épuiser également les deux magasins centraux. Et force fut bien alors de faire face à la crise. Nous avons vu comment ont été conduits, depuis, les achats.

Ils ont répondu à des prévisions de plus en plus larges et la nécessité s'est imposée d'augmenter en conséquence la capacité des magasins. Celui de Marseille s'est étendu peu à peu dans toute la ville, en attendant qu'une vaste construction, élevée sur 7 hectares de terrain, et qui englobera la réserve de médicaments de



DOCKS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A VANVES (SEINE). RACCOMMODAGE DES TENTES D'AMBULANCES.



Photo Mission Levasseur.

STATION-MAGASIN DE SAINT-CYR (SEINE-ET-OISE), MAGASIN PRINCIPAL.

Marseille, puisse être substituée aux locaux, un peu dispersés, aujourd'hui en service.

Les nouveaux magasins de Marseille vont constituer un modèle du genre. Doublement reliés à la grande ligne du P.-L.-M., ils sont construits de chaque côté d'une voie ferrée particulière qui les traverse dans leur longueur et met tous leurs approvisionnements à quai. Telle est à peu près, avec les particularités imposées par la situation différente des lieux, l'idée qui a présidé à l'édification des magasins de Limoges, de Châteauroux, de Royat. Chacun d'eux est spécialisé. Châteauroux confectionne les literies, les vêtements d'hôpital. Il transforme en bandes à pansements les vieux linges, et d'une manière générale traite tous les tissus. Bordeaux reçoit les envois de l'étranger et procède à la réfection, à la stérilisation de tous les pansements dont l'asepsie n'est plus certaine. Royat s'occupe de chaudronnerie, de quincaillerie. Limoges équipe ou rééquipe les formations sanitaires en constitution ou reconstitution. C'est à Vanves que sont réparées toutes les tentes. Au milieu de ces nouveaux venus, Paris est demeuré le grand réservoir où continuent à s'exécuter les principaux marchés, où sont reçus, par exemple, la plupart des brancards, des instruments de chirurgie, des appareils d'orthopédie, etc. Placé sous la main et sous les yeux, à la fois, de la Direction des marchés et de l'Administration centrale, c'est à lui que reviennent toutes les nouveautés, tous les essais. Sa porte est ouverte sur les ateliers généraux du Service de Santé édifiés, eux aussi, depuis la guerre et où se sont élaborées, sous l'impulsion et sous la direction des techniciens du ministère, toutes les transformations, toutes les créations que l'expérience de la guerre a inspirées. C'est aux ateliers généraux surtout qu'il faut chercher la pensée créatrice qui n'a pas cessé d'animer le Service de Santé pendant les trois années écoulées et qui a transformé, en particulier, la chirurgie de l'avant.

La Pharmacie militaire ne comptait que deux magasins d'approvisionnement au moment de la mobilisation : la Pharmacie Centrale de Paris et la réserve de médicaments de Marseille. La Pharmacie Centrale de Paris est installée dans les bâtiments des Invalides, avenue de La Tour-Maubourg. Elle était accolée au magasin central du matériel. Elle est en train de l'en chasser et de s'arrondir. De même la réserve de médicaments de Marseille a dû s'étendre. Cela n'aurait pas suffi. Deux autres pharmacies d'approvisionnement ont été créées, l'une à Bordeaux, l'autre à Nantes ; d'énormes approvisionnements y ont été accumulés qui suffisent à peine à faire face aux doubles besoins du Service de Santé, et de la pharmacie vétérinaire.

Les produits qu'on est accoutumé à compter au gramme s'y entassent par tonnes; ceux qui se mesurent au compte-gouttes, par hectolitres. Avec un ordre, une méthode, une précision et une minutie véritablement scientifiques, et qui sont la marque et l'honneur de la pharmacie militaire, toutes les matières sont rangées, classées, étiquetées suivant un plan permanent qui suit la progression de la nomenclature. C'est comme un catalogue non pas illustré, mais réalisé; une leçon de choses qui se développe en courant le long des étagères, en escaladant les rayons.

Produits organiques, métalloïdes, minéraux, sels, acides, solutions, comprimés, c'est l'enchaînement des formules qui les assemble et qui, du sous-sol jusqu'au faîte, les groupe et les met sous la main du chimiste, comme les livres tombent naturellement dans celle du Bibliothécaire. Le laboratoire les mêlera. La salle des manipu-



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN RÉGIONAL DE MATÉRIEL, A BOURGES.

lations les divisera. Celle des expéditions les emballera, les mettra en caisse. Des armées de flacons sont là qui les attendent. Les petits vident les grands. On dirait de Lilliput à la conquête de Gulliver...

L'on sait quelle importance ont pris les sérums dans le traitement des blessures de guerre. Les pharmacies centrales font elles-mêmes presque toutes les ampoules; des équipes d'ouvriers les emplissent, les ferment au chalumeau, par centaines à la fois. De même pour les comprimés d'iode, de quinine, pour certaines pommades



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN RÉGIONAL DE BOURGES, ATELIER DE COUTURE, CONFECTION DE BLOUSES D'INFIRMIÈRES.



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN RÉGIONAL DE BOURGES, ATELIER DE MATELASSERIE, CARDAGE DE MATELAS.

usuelles. La régie a été employée encore pour les pansements individuels qui rendent aux troupiers, tous les jours, de si grands services; pour les thermomètres médicaux dont la fabrication était, pour ainsi dire, inconnue en France. Le Service de Santé militaire l'aura introduite, vulgarisée, répandue suffisamment pour constituer, quand la guerre aura pris fin, une industrie tout à fait française. De tels résultats ne sont pas seulement des exemples. Ils constituent un enseignement d'une portée immédiate. Il faut généraliser l'application. C'est à quoi le Service de Santé s'emploie aujourd'hui de toutes ses forces. S'il ne peut pas toujours le faire lui-même, s'il ne développe pas ses ateliers autant qu'il le voudrait, s'il ne monte pas, aussi haut qu'il le souhaiterait, l'usine modèle de produits chimiques dont la répétition à tant d'exemplaires nous permettra, le moment arrivé, de nous passer des produits chimiques allemands, son initiative, au moins, s'applique à en susciter d'autres. Ses marchés confiés désormais aux seuls fabricants, les appellent, les encouragent, leur montrent la voie. A côté de la direction des poudres, et avec un rayonnement sans doute moins étendu, mais avec un empressement, un acharnement égaux et, dans une sphère plus étroite, aussi nécessaires, le Service de Santé aura ainsi contribué, pour sa part, à créer, tout en réparant. Les soins à donner aux blessés lui auront servi, par corollaire, à restaurer notre pharmacie française, à la débarrasser de la servitude étrangère, de la tyrannie ennemie; à l'affranchir. La paix venue elle sera maîtresse, pour toujours, il faut bien l'espérer, de ses destinées, et pourra se consacrer, à son tour, à l'expansion de la prospérité nationale.

O. FLAJOLLET,
Officier d'Administration
principal du Service
de Santé militaire.



Photo Mission Levasseur.

ARSENAL CHIRURGICAL DE L'ARMÉE DE L'AFRIQUE DU NORD, A ALGER.

OLIVIER JALLU,
Avocat
à la Cour de Paris.



VOITURE DE DÉSINSECTISATION-DOUCHES, MODÈLE 1915.

Les Ateliers généraux du Service de Santé militaire.

Les Ateliers généraux du Service de Santé ont été créés le 1er mai 1917 sous la dénomination d'*atelier des voitures sanitaires spéciales.* Ils devaient tout d'abord assurer, en collaboration avec l'artillerie, la création et l'entretien de ces voitures techniques.

Des besoins du Service de Santé et de la nouvelle organisation scientifique des formations sanitaires est née la nécessité de doter le corps médical d'un organe spécial d'étude et de construction d'un matériel moderne répondant aux conditions nouvelles de la guerre, où l'hospitalisation et le traitement sur place jouent un rôle si prépondérant.

Débutant en 1915 avec une cinquantaine d'ouvriers, les Ateliers généraux vont occuper dans leurs nouveaux locaux près de 400 ouvriers. Ils ont actuellement livré aux armées de France et d'Orient, aux organes sanitaires de l'intérieur, un matériel des plus perfectionnés.

Chirurgie et radiographie. — Vingt-trois ambulances chirurgicales automobiles ont été organisées, qui donnent à nos grands chirurgiens l'outillage pour opérer dans les meilleures conditions nos grands blessés. Nous en décrirons par ailleurs la composition : voiture automobile de stérilisation avec chaudières autoclaves, bouilloires; voiture automobile de radiographie avec groupe électrogène; un pavillon opératoire avec chauffage central à vapeur fournie par la chaudière de la voiture de stérilisation.

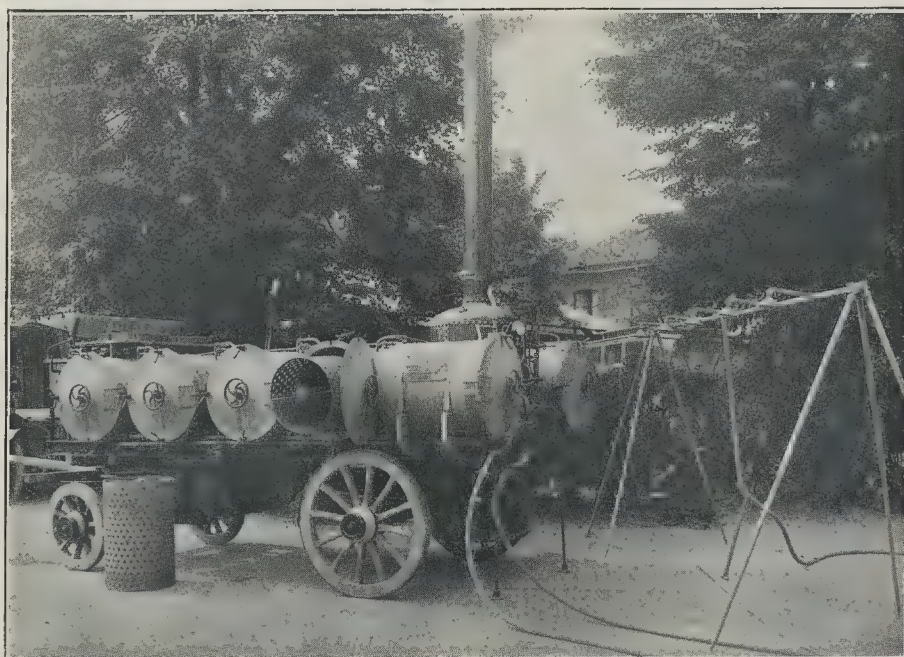
A côté de ces ambulances chirurgicales automobiles, il était nécessaire de construire en grand nombre des formations plus légères, prêtes à s'accoler à nos ambulances; 180 groupes complémentaires de chirurgie sont venus remplir ce but : voitures automobiles, munies d'appareil de stérilisation, autoclaves, groupe électrogène, matériel radiographique.

Enfin, pour certaines ambulances ou formations fixes des armées et de l'intérieur, on a équipé 80 voitures automobiles de radiographie, susceptibles de se déplacer rapidement, dont l'organisation sera étudiée à part.

Voitures stomatologiques. — Soigner les blessures des braves tombés sur le champ de bataille était le premier devoir du Service de Santé, mais ce n'était pas le seul. Qui de sa vie n'a souffert du terrible mal de dents? Le Service de Santé a été amené à créer, à côté des soins dentaires régimentaires, des voitures de stomatologie. Il en existe actuellement une vingtaine circulant sur le front des armées.

Voitures de désinfection-douches. — Il y a aussi l'hygiène des gens bien portants, qui a conduit le Service de Santé à créer la voiture-douches et désinfection, permettant au poilu de se débarrasser des parasites et de prendre en même temps la douche hygiénique et réconfortante.

Trente voitures hippomobiles ont tout d'abord été créées; construites très simplement et rapidement, elles comprenaient uniquement une chaudière fournissant la vapeur nécessaire à la désinfection et au chauffage de l'eau qui était envoyée sous pression, par une pompe, dans une rampe de pommes à douches; 7 tonneaux en bois recevaient les vêtements à désinsectiser; la



VOITURE DE DÉSINSECTISATION-DOUCHES, MODÈLE 1916.

RAVITAILLEMENT DE BLESSÉS (H. O. E.)

Tableau de M. Ferdinand FARGEOT.

Sous-Officier, 22e Section d'Infirmiers Militaires (Détaché aux Armées).



vapeur arrivait par le bas de ce tonneau.

Cinquante autres voitures de désinsectisation-douches furent construites; les tonneaux verticaux en bois furent remplacés par 8 autoclaves horizontaux en tôle, dans l'intérieur desquels était placé un panier perforé recevant les vêtements. L'autoclave fermé, ce panier est animé d'un mouvement rotatif au moyen d'un volant extérieur, manœuvré à la main, pendant la période où agit la vapeur. On évite ainsi les poches d'air et on est assuré d'une bonne désinsectisation.


VOITURE-SÉCHOIR.

La vapeur nécessaire est fournie par une chaudière qui donne, également par injecteur, l'eau chaude sous pression à une rampe à douches de douze pommes démontables, supportée par deux trépieds.

Lorsque la désinsectisation est terminée, un éjecteur de vapeur permet de faire circuler au travers des vêtements un courant d'air chaud qui assure le séchage de ces derniers.

Pour compléter ces organisations, le Service de Santé créa 50 sections d'hygiène corporelle, formations dont le but est non seulement d'assurer la propreté individuelle des hommes et la désinsectisation ou la désinfection des effets, mais encore la distribution du linge propre. Chaque section comprend : une chaudière montée sur une voiture à deux roues; une étuve permettant la stérilisation sous pression de 0 kgr. 750, avec, au-dessus, un réservoir à douches, monté sur une deuxième voiture à deux roues; un baraquement démontable distribué en trois salles (déshabillage, douches et réhabillage); trois tentes servant respectivement de vestiaire, de salle de coiffeur, de magasin à linge propre et de dépôt de linge sale. Les hommes sont introduits par groupes de 40 ; après avoir déposé leurs objets personnels au vestiaire et reçu une contre-marque en bois portant le numéro correspondant du dépôt, ils passent dans la salle de déshabillage, puis dans la salle de douches et enfin dans la salle de réhabillage. Pendant l'opération de la douche, les vêtements sont désinfectés à l'étuve et, quand les hommes rentrent dans la salle de réhabillage, ils les trouvent débarrassés des parasites et le linge sale remplacé par du linge propre en bon état.

Ces différentes voitures de désinfection-douches sont capables de donner en totalité plus de 100.000 douches par jour.

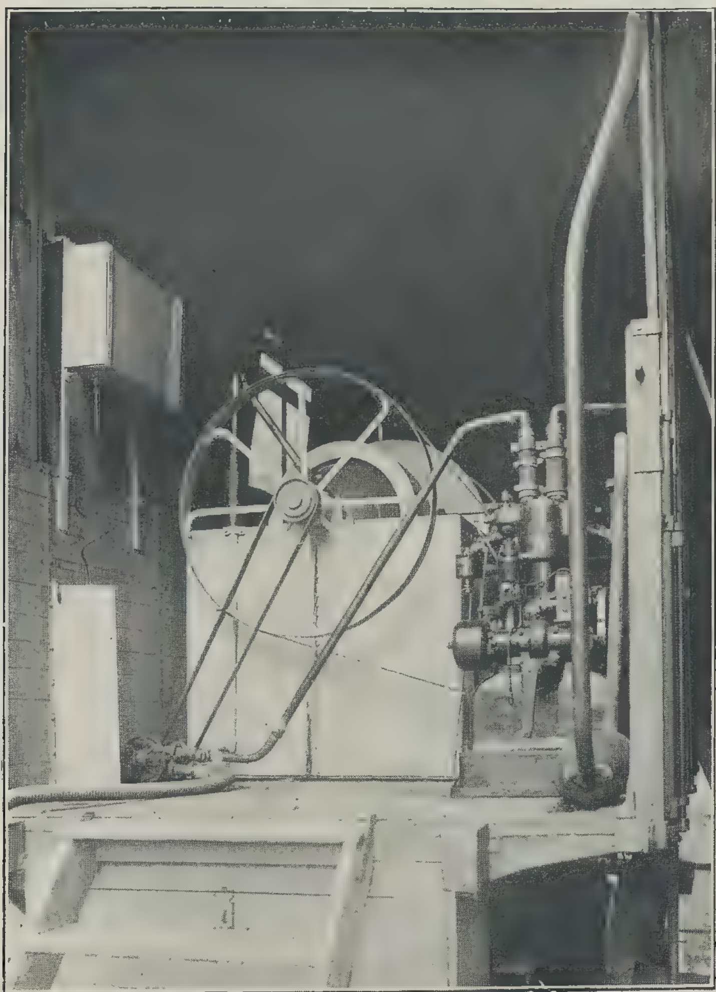
Pour compléter ces installations, on utilise 100 appareils de désinfection au gaz sulfureux: ces appareils permettent d'envoyer dans les pièces où sont suspendus les vêtements à désinfecter un gaz à teneur déterminée d'air et de soufre vaporisé à haute température, gaz pénétrant parfaitement à travers les objets et sans action nocive sur eux.

Groupes buanderie-séchoir. — Mais, pour assurer les bons soins des malades dans les ambulances de l'avant, il fallait encore leur donner les moyens d'avoir constamment le linge propre nécessaire. Le Service de Santé fut amené à étudier et construire des groupes de buanderie-séchoir: 150 groupes furent organisés et l'on peut actuellement blanchir au front, pour les ambulances de l'avant, 120.000 kilogrammes de linge par jour, soit le linge nécessaire pour 150.000 à 200.000 blessés ou malades en traitement.


VOITURES A GLACE AMÉRICAINES.

Le groupe voiture-buanderie se compose de deux voitures : l'une comprenant les cuviers nécessaires au coulage du linge, la machine à laver, l'essoreuse et le moteur à essence de 3 chevaux actionnant ces machines. La deuxième voiture, qui vient s'accoler à la première, comporte le séchoir à air chaud.

Voitures à glace. — Enfin les soins des



VOITURE A GLACE.

blessés réclament souvent l'application de la glace qui amène chez eux un grand soulagement. Le Service de Santé créa dix voitures à glace. Dix autres voitures furent offertes généreusement par nos alliés d'Amérique. Nos ambulances du front peuvent fabriquer quotidiennement les 35.000 kilogrammes de glace qui leur sont nécessaires.

Groupes de chirurgie de l'avant. — Pour compléter ces nombreuses voitures sanitaires spéciales, le Service de Santé créa également, comme nous l'avons indiqué ailleurs, des groupes de chirurgie de l'avant, dont nous nous bornerons ici à décrire le matériel technique spécial.

La voiture de stérilisation étudiée par les Ateliers Généraux du Service de Santé comporte :

Deux autoclaves pour la stérilisation des pansements, des gants, du linge nécessaire aux chirurgiens; un autoclave vertical permettant de stériliser à 140 degrés 50 litres d'eau à l'heure et de donner immédiatement cette eau à la température convenable pour les chirurgiens; des bouilloires pour la stérilisation des instruments ; des Poupinels à vapeur dans lesquelles on peut obtenir en moins d'un quart d'heure, en tous les points de l'appareil, une température constante de 160 degrés. On a pu établir une voiture aussi puissante que légère en employant des dispositifs spéciaux permettant de réaliser presque instantanément la température nécessaire à la stérilisation;

Une voiture de radiologie recevant le même équipage que la voiture de radiologie de l'ambulance chirurgicale automobile, mais sans groupe électrogène : l'électricité est fournie par une dynamo placée à l'avant de chacune de ces voitures.

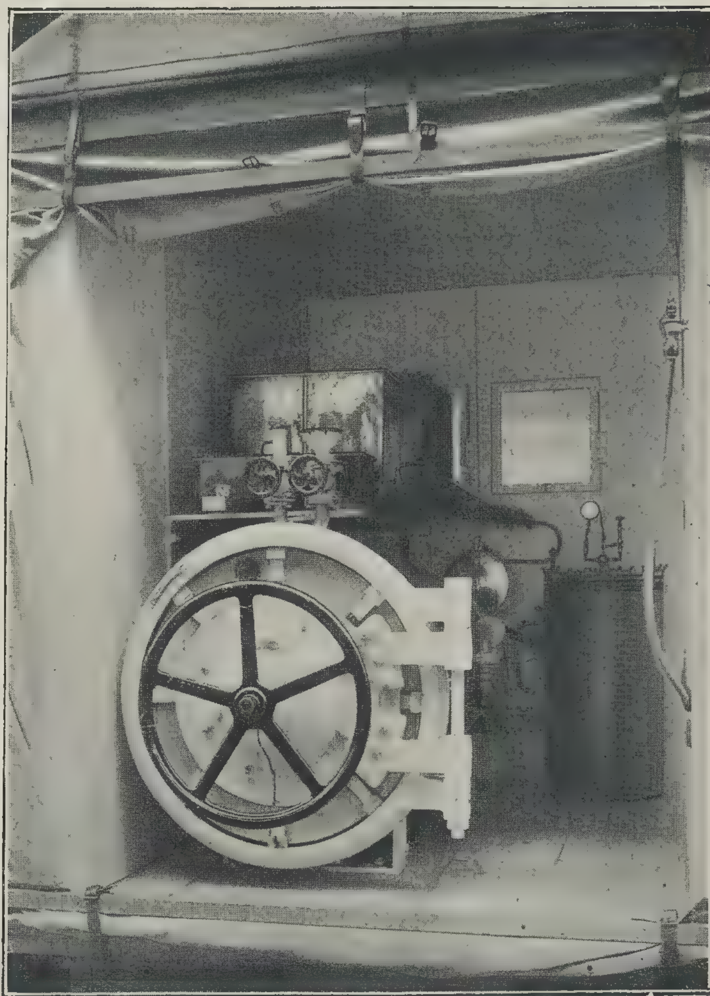
Groupement de ces voitures du personnel et départ au front. — Ces unités de voitures sanitaires ainsi constituées il fallut les rassembler et assurer leur départ aux armées avec un personnel infirmier spécialisé et mis au courant du fonctionnement de ces petites usines mobiles. C'est ainsi que les ateliers prirent possession du bastion 46 (boulevard Berthier) où fut installée une annexe nouvelle : *le centre d'organisation des voitures sanitaires spéciales.*

Là, dans des baraquements et en plein air, des écoles de spécialistes furent créées en vue de l'instruction des manipulateurs radiographes, des buandiers, des désinsectisateurs. Les infirmiers suivent tout d'abord des cours généraux sur la conduite des chaudières, des moteurs à explosion, des moteurs électriques, etc... Leur instruction générale terminée, ils suivent ensuite un cours particulier plus étendu pour les diverses applications de leur voiture spéciale ou de leur installation.

Plus de 3.000 hommes spécialisés sont actuellement affectés à ces formations ou rattachés aux ateliers.

Un échelon spécial du Service automobile est détaché de Versailles pour la réparation et la mise en route des voitures du Service de Santé.

Entretien et réapprovisionnement. — Les Ateliers Généraux n'ont pas à s'occuper seulement d'étudier, construire et envoyer aux armées tout ce matériel important : ils doivent, en outre, assurer l'entretien de toutes ces voitures et leur réapprovisionnement en matériel spécial.



INTÉRIEUR D'UNE VOITURE DE STÉRILISATION.

Au début, il fut possible aux Ateliers Généraux du Service de Santé de donner immédiatement satisfaction à toutes ces demandes; mais, celles-ci augmentant rapidement avec le nombre des voitures en service, il fallut créer, entre les armées et les ateliers, des antennes de ces derniers, où toutes les voitures spéciales pussent trouver le petit matériel et le personnel nécessaires à leur entretien courant; les Ateliers Généraux n'ont plus à s'occuper que du réapprovisionnement de ces antennes. Seules les réparations importantes des voitures sanitaires sont effectuées aux Ateliers Généraux.



ATELIERS GÉNÉRAUX DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A VANVES (SEINE).
BATIMENT EN CONSTRUCTION.

Le personnel des Ateliers, qui, au début, n'atteignait que 50 personnes, dépasse maintenant le chiffre de 400.

Installés d'abord modestement dans des petits locaux à Paris et à Neuilly-sur-Seine, ils occupent aujourd'hui une surface de près de 6.000 mètres carrés dans des bâtiments édifiés spécialement à leur usage à Vanves. Là, s'organisent rapidement des ateliers de forge, mécanique générale, réparation automobile, électricité, menuiserie et carrosserie, instruments de chirurgie, optique, vannerie, sellerie, brancards, peinture. Des remises de 750 mètres de longueur sont disposées pour recevoir ces voitures spéciales.

Ces chiffres montrent le développement considérable pris par ce Service technique qui étudie, construit, entretient tout le matériel perfectionné dont nos médecins et chirurgiens militaires ont besoin, et devient, de jour en jour, l'une des créations les plus intéressantes du Service de Santé.

EUGÈNE FORGUE
Officier d'administration de 1re classe,
Gestionnaire des A. G. S. S.

MAURICE PIHOUÉE
Ingénieur des Arts et Manufactures
Officier d'administration de 1re classe,
chargé du Service technique des A. G. S. S.

Denrées d'alimentation et objets de consommation.

Nous venons de voir comment l'autonomie qu'il a conquise avait permis au Service de Santé de constituer, de renouveler lui-même ses approvisionnements en matériel, en médicaments, en pansements.



DIRECTION DES MARCHÉS ET DE L'APPROVISIONNEMENT
DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A PARIS.

De la même manière, et en procédant des mêmes inspirations, le Service de Santé, dans la zone de l'intérieur tout au moins, s'est affranchi de l'Intendance en ce qui concerne la nourriture des blessés et des malades. Le « régime » du patient est naturellement au premier rang des préoccupations du médecin. Il était logique que le médecin militaire revendiquât le soin de choisir, de conserver, de préparer l'aliment dont l'assimilation va rendre au blessé le sang qu'il a perdu. C'est ainsi que depuis 1889 chaque hôpital militaire était devenu maître de sa « dépense ». Maître de sa bourse, d'abord, la législation financière d'avant-guerre l'affirme et il faut bien le croire : l'hôpital militaire est un « établissement régi par économie ». Le fait est qu'il reçoit des avances de l'ordonnateur, et, comme la parfaite cuisinière, il fait lui-même son marché. Après le marché, les comptes; et il justifie, à la fin, ses achats.

Telle est l'organisation du temps de paix. Elle peut convenir à une hospitalisation restreinte, à des ressources multiples, à des prix assez bas.



MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DU G.M.P., A PARIS. DISTRIBUTION DES PRODUITS DES HALLES.

L'idée qu'on se faisait en temps de paix d'une guerre courte l'avait fait maintenir, sur le papier, pour la guerre. La préoccupation de parer au plus pressé, de faire face aux nécessités d'ordre plus directement médical ou chirurgical, l'a fait conserver effectivement pendant la première partie de la campagne. Petit à petit, cependant, les denrées sont devenues plus rares, leur qualité plus irrégulière, les prix plus élevés. Dans chaque place un peu importante, les hôpitaux militaires étaient arrivés à se faire concurrence. Partout, ils étaient à la merci des intermédiaires ; nulle part, ils n'avaient la moindre garantie du lendemain. Régime de blocus. On n'en peut sortir que par une centralisation rationnelle. Le Service de Santé l'a entreprise et l'a conduite, jusqu'ici, à son entière satisfaction.

Il a tenté son premier essai sur le vin. Chaque hôpital l'achetait, sinon au litre ou au tonneau, du moins à courte échéance. Et, à chaque renouvellement de marché, les prix étaient plus élevés. Crise de quantité, crise des transports ; surtout spéculation.



MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DU G.M.P., A PARIS. ARRIVÉE DES VIVRES.

En plein pays de production, au cœur de l'Hérault, à Béziers, patrie d'Ajalbert, un chai, assez moderne, a été réquisitionné. L'outillage du chai, perfectionné et développé jusqu'à tripler le rendement, pourrait débiter aujourd'hui jusqu'à 50.000 hectolitres par mois. Les besoins mensuels du Service de Santé ne dépassent pas 20 à 30.000. Ils sont donc largement assurés. Ils le sont aussi à meilleur compte et avec du meilleur vin. C'est la réquisition qui le fournit. Des wagons-réservoirs qui l'amènent de la propriété sont vidés, sans avoir quitté la gare de Béziers, au moyen d'une tuyauterie de cuivre qui le conduit dans les cuves de verre du chai. Le laboratoire s'en saisit, l'échantillonne, l'analyse ; et, d'après sa teneur, ses caractéristiques, ses vertus essentielles, décide son coupage. Des pompes électriques l'aspirent et le montent au sommet de l'édifice. Il en redescend en se filtrant et va se marier dans une autre cuve au cru qui a été choisi pour corriger son degré ou son acidité. Le voici prêt et déjà les pompes l'ont repris et le refoulent par une deuxième tuyauterie souterraine, en pleine gare de Béziers, sur le quai d'embarquement du commerce, où six robinets permettent de charger six wagons-réservoirs à la fois. Dans chaque région militaire, un ou plusieurs entrepôts ont été installés qui l'attendent. Il y séjournera un mois environ, en demi-muids, avant d'être livré en tonneaux à la cave de l'hôpital. L'hôpital a les tonneaux ; l'entrepôt régional les demi-muids ; le chai de Béziers les wagons-réservoirs. Tout ce matériel circule, est entretenu ; toutes ces opérations sont conduites par les soins, sous la surveillance d'un personnel technique éprouvé, qui n'a donné lieu, depuis l'origine, qu'à des éloges. Tous frais largement comptés, l'économie réalisée est d'environ sept millions de francs par an. Jamais,



MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DU G.M.P. A PARIS. LA BOUCHERIE.

surtout, nos poilus n'ont bu pareil pinard...

Ce qui vient d'être décrit pour le vin a été accompli, depuis, pour toutes les denrées d'alimentation et de consommation. En principe, et sauf cas d'urgence exceptionnel, l'hôpital militaire n'achète plus rien. L'épicier du coin, le fruitier d'en face, la mercière et la papetière, le quincaillier et le droguiste qui vivaient de l'hôpital et qui faisaient vivre encore tout un monde d'intermédiaires ont disparu. Ils ont disparu du moins pour le Service de Santé. Dans chaque région, un ou plusieurs magasins ont été établis qui fournissent complètement l'hôpital. Ils s'adressent directement au producteur, achètent en gros, et reçoivent des autres régions les produits que leur région ne produit pas. Un organisme central, rattaché au ministère, surveille leurs opérations, se tient au courant de toutes les offres, de toutes les récoltes, de toutes les fabrications, de toutes les importations. En accord complet avec l'intendance et avec le ravitaillement général, à qui il se garde, bien entendu, de faire concurrence; en liaison étroite, également, avec la direction des marchés et des approvisionnements du Service de Santé qui exécute ses programmes, cet organisme central recueille, dépouille, classifie tous les renseignements, toutes les statistiques économiques. Il réalise ensuite par tous moyens, au besoin par gestion directe, ainsi que par la mise en culture des fermes du Service de Santé, par la création de porcheries, de sécheries de légumes, de fruits, etc., l'exploitation la plus rationnelle de l'ensemble des ressources nationales. Cette vaste entreprise, qui alimente de quatre à cinq cent mille rationnaires, a été confiée exclusivement à des commerçants, à des industriels, à des agronomes. Elle amène, tous frais déduits, une économie d'environ 20 0/0 sur le coût de la consommation. Dans une période de crise comme celle que nous traversons, elle permet surtout de regarder l'avenir en face, de répondre à tous les besoins et de maintenir à l'alimentation des hôpitaux une qualité que le consommateur ordinaire, bien souvent, ne rencontre plus.



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A CHALON-SUR-SAONE. PRÉPARATION DES COMMANDES.



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ, A TOURS. COUR D'EXPÉDITIONS.

Son bénéfice était réservé, en principe, aux hôpitaux de l'intérieur. Les formations sanitaires des armées s'approvisionnent normalement au ravitaillement quotidien des corps de troupe, et complètent, théoriquement, ce qu'elles en tirent par l'exploitation des ressources locales. Ceci avait été prévu,



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, A BORDEAUX.



Photo Mission Levasseur.

ENTREPOT RÉPARTITEUR DES VINS, A AIMARGUES (GARD).
RÉCEPTION DES VINS PAR WAGONS-FOUDRES.

seulement, pour une guerre de mouvement. Le système s'est trouvé déjoué, bien vite, avec la stagnation des troupes. Ce que peuvent être les « ressources locales » sur une bande de territoire habitée sans discontinuité, pendant plusieurs années, par plusieurs millions de soldats, on le devine aisément; quels sont aussi les trafiquants qui exploitent ces ressources !

L'économie à faire sur les prix n'est plus ici de 20 0/0. Elle est, suivant les coins de la zone des armées, de 100, de 150, de 200 0/0.

Un accord est donc intervenu entre le sous-secrétaire d'Etat et le général en chef pour permettre, à titre exceptionnel, la pénétration dans les armées des magasins régionaux du Service de Santé. Leur nombre s'est multiplié aussitôt tout le long du front. De Dunkerque à Belfort, en passant par Amiens, Beauvais, Compiègne, Château-Thierry, Epernay, Châlons-sur-Marne, Bar-le-Duc, Toul, Nancy, Lunéville, Epinal, ils forment aujourd'hui une chaîne continue, dont chaque maillon s'est engrené au mécanisme sanitaire de l'armée correspondante. Autour de chaque magasin, un circuit automobile a été tracé qui dessert, plusieurs fois par semaine, et tous les jours, s'il le faut, les hôpitaux d'évacuation et les centres hospitaliers de l'armée. Ceux-ci deviennent à leur tour points de distribution secondaires pour les formations de corps d'armée et de division, qui viennent s'y ravitailler à jour fixe.



Photo Mission Levasseur.

CENTRE D'APPROVISIONNEMENT EN VINS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE,
A BÉZIERS (HÉRAULT). LABORATOIRE D'ŒNOLOGIE.

Ainsi sont transportées jusqu'à l'extrême avant, qui en était jusqu'à présent démuni, toutes les ressources du territoire : denrées périssables de toute nature, œufs frais, par exemple, qui ont manqué si longtemps aux blessés de l'avant, et dont les formations sanitaires des armées consomment aujourd'hui plusieurs centaines de mille par semaine; légumes frais ; fruits frais, qui permettent de varier le régime du blessé, d'adoucir son séjour aux armées et que l'on va chercher pour lui, suivant la saison, jusque dans le midi de la France ; produits de propreté et d'entretien dont les centres hospitaliers de plusieurs milliers de lits, devenus de formule courante aux armées, ne sauraient pas plus se passer que les hôpitaux de l'intérieur, etc.

Les services rendus aux armées par les magasins d'approvisionnement de région ne se bornent pas même à la consommation. La nouvelle conception de la chirurgie de guerre qui s'est précisée, petit à petit, au cours de la campagne, a eu pour effet notamment d'augmenter considérablement

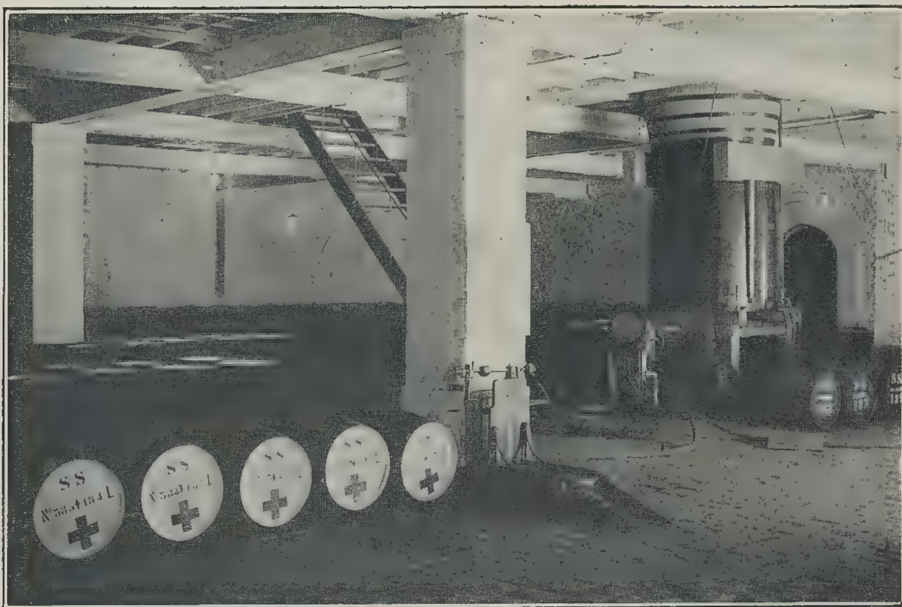


Photo Mission Levasseur.

ENTREPOT RÉPARTITEUR DES VINS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE,
A LA HALLE AUX VINS, A PARIS. RÉSERVES ET FILTRAGE.

l'hospitalisation dans la zone des armées. Le chiffre des lits y dépasse aujourd'hui deux cent mille. Il a fallu les constituer. Le plus grand nombre est sous baraques. L'installation de ces lits se poursuit au jour le jour, en concordance avec les opérations militaires. Elle exige, cela va sans dire, bien des soins. En principe les services de l'armée doivent suffire à tout : réserves de matériel sanitaire ravitaillées par les stations-magasins ; réserves de matériel du génie. Il y a toujours une porte officielle où frapper; mais les demandes qui suivent la voie ordinaire sont quelquefois longues à satisfaire; les besoins sont urgents. Il s'agit d'ouvrir l'ambulance ou l'hôpital Menuiserie, serrurerie, peinture, tout ce qui manque, le magasin d'approvisionnement de région est en mesure de le fournir en quarante-huit heures; l'armée n'est plus au bout du monde. Il n'y a plus de muraille de Chine entre elle et le reste du pays. Et le pays est là tout près pour lui porter secours et lui prêter main-forte.

Ici encore qu'on mesure de l'œil le chemin parcouru et l'on appréciera le progrès que la méthode et la volonté ont permis d'accomplir.

Olivier JALLU
Avocat à la Cour de Paris.

Une spécialité : la Thermométrie médicale.

On sait toute l'importance qui est attachée, en médecine, à l'emploi du thermomètre médical à maxima; en ce qui concerne seulement le Service de Santé de l'armée, c'est par plusieurs centaines de mille que l'on a dû en expédier aux hôpitaux militaires et formations sanitaires depuis le début des hostilités.

Avant la guerre, ces thermomètres étaient pour ainsi dire exclusivement fabriqués en Allemagne. En Angleterre et en Amérique, on en fabriquait également, mais en quantité si minime et d'un modèle si peu pratique qu'on pouvait considérer la production du thermomètre médical comme un monopole de l'Allemagne. Il en était d'ailleurs de l'industrie du thermomètre médical, comme de beaucoup d'autres industries : c'est une invention française que nous n'avons pas su exploiter et qui a contribué, pour sa faible part, à la prospérité de l'industrie et du commerce allemands.

C'est en effet à un Français, Baudin (1862), père du thermométriste L.-C. Baudin si justement réputé, qu'il faut attribuer le système du thermomètre à maxima, actuellement le plus répandu, et qui était une modification du thermomètre météorologique Negretti (1852). En 1874, un autre thermométriste français, M. Danger, réalisa, par une judicieuse application du principe Baudin, la construction du thermomètre à maxima obtenu par un filament de verre soudé dans le fond du réservoir et venant déboucher légèrement, en tenant compte de certaines conditions, dans le tube capillaire de la tige thermométrique.

Les Allemands ont simplement appliqué ce système en employant pour tige thermométrique des tubes capillaires prismatiques à fonds colorés pour augmenter la visibilité de la colonne mercurielle et en protégeant la tige capillaire et l'échelle thermométrique par une chemise de verre.

Jusque vers 1890, on fabriqua en France quelques milliers de thermomètres médicaux gradués sur tige ronde et ce fut tout. Il n'y a pas lieu d'examiner, ici, les raisons et de discuter les considérations pour lesquelles aucun effort n'a plus été fait pour maintenir, développer ou régénérer cette fabrication en France.



L'ATELIER DE GRAVURE.

Au début de la guerre, quelques industriels ont bien songé à fabriquer des thermomètres médicaux, mais on peut affirmer que, jusque vers le milieu de 1916, aucune tentative sérieuse n'avait été faite et qu'il n'y avait pas lieu d'escompter un résultat quelconque.

L'achat des stocks disponibles épuisa vite les réserves du commerce et ne suffit qu'à assurer momentanément les besoins de l'armée. Il fallut alors continuer à s'alimenter quelque peu en Suisse et surtout en Amérique et en Angleterre; mais c'est à grand'peine que l'on put réunir des appareils de types peu pratiques, de qualité



LE CONTROLE.

irrégulière et à des prix exagérément élevés.

Cette situation ne pouvait manquer de préoccuper le Service de Santé de l'armée. M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, mit alors à l'étude la création d'un atelier de fabrication de thermomètres médicaux. Il chargea de cette étude le pharmacien principal Pellerin, attaché au sous-secrétariat d'État du Service de Santé, qui avait, dès 1912, suggéré l'idée d'utiliser, tout au moins pour l'armée, les thermomètres d'origine française, et avait pressenti qu'au point de vue technique rien ne semblait s'opposer à la fabrication des thermomètres médicaux. Le pharmacien-major Trimbach, venant des armées, reçut la mission de procéder à l'organisation d'un atelier dans l'un des bastions du Fort de Vanves. Sous sa vigoureuse impulsion, le bastion fut transformé rapidement et économiquement en un atelier moderne et parfaitement outillé pour un travail aussi délicat; il fut installé d'une façon modèle, en tenant compte de toutes les données modernes et scientifiques. Un matériel entièrement original, spécialement adapté à ce genre d'industrie, a été construit.

Inauguré en septembre 1916, cet organe nouveau a déjà fourni au Service de Santé plus de 30.000 thermomètres de fabrication irréprochable. Des appareils nouveaux, actuellement à l'étude, fourniront sous peu des moyens de production plus élevés, et limiteront le rôle des spécialistes. Des transformations en cours en feront, très prochainement, une installation-type pour ce genre d'industrie. Les difficultés à vaincre ont été grandes, les problèmes à résoudre nombreux, car c'est une fabrication des plus délicates qui exige à la fois de la science, de l'art et de la précision.

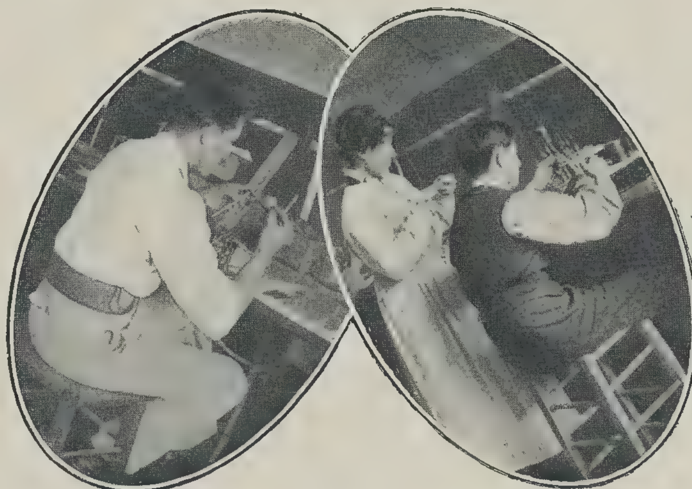
Outre un certain nombre de prisonniers de guerre allemands recrutés avec soin, originaires de la Thuringe et tous spécialistes de la fabrication du thermomètre médical, une dizaine d'ouvriers et ouvrières français sont attachés à l'atelier des thermomètres; ils ont été mis au courant de la fabrication. Cette main-d'œuvre a permis de couvrir les frais d'installation de l'atelier et de produire économiquement les thermomètres nécessaires à l'armée, tout en préparant un personnel d'élite pour la fabrication d'après guerre.

Le but du sous-secrétaire d'État a été non seulement de contribuer à l'approvisionnement des hôpitaux et formations sanitaires, mais encore de constituer en France un centre d'instruction et d'éducation professionnelles.

L'atelier reste grand ouvert à tous ceux que la question peut intéresser et qui désirent venir y puiser les renseignements utiles sur cette industrie. Une quarantaine d'ouvrières et ouvriers, souffleurs de verre ou débutants, ont déjà profité de l'enseignement de l'atelier et un grand nombre de chefs d'industrie et de chefs d'atelier sont venus se rendre compte de son organisation et de ses moyens d'action. Plusieurs ateliers civils fonctionnent déjà sur ses données et avec des élèves qui en sont sortis.

Grâce à l'initiative du Service de Santé et de ses collaborateurs, l'industrie française sera vraisemblablement dotée d'un nouveau champ d'exploitation dont les résultats se sont déjà fait sentir et apparaîtront de plus en plus féconds. Voilà une œuvre nationale de laquelle, s'ils le veulent, nos industriels peuvent tirer le plus grand profit dès maintenant et après les hostilités.

Il convient d'ajouter que, pour la réalisation de son œuvre, le sous-secrétaire d'État n'a pas fait appel en vain au corps des pharmaciens, dont la compétence et les qualités spéciales ont pu se manifester une fois de plus au cours de cette guerre.



UN SOUFFLEUR. L'APPRENTISSAGE.

Aristide QUILLET
Conseiller du Commerce extérieur de la France.

TRIAGE DE BLESSÉS DANS LA GARE RÉGULATRICE DE C...

Tableau de M. Ferdinand FARGEOT,

Sous-Officier, 22e Section d'Infirmiers Militaires (Détaché aux Armées).



CHAPITRE IV

VERS LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

NOUS avons étudié dans un chapitre spécial quelle était la tâche du Service de Santé en temps de paix et nous avons marqué combien cette tâche était lourde, du fait que le Service de Santé devait assurer la préparation à la guerre.

Nous avons aussi indiqué comment cette préparation à la guerre avait été réalisée, et quelles étaient, à la mobilisation, les ressources du Service de Santé, aussi bien en matériel qu'en personnel.

Nous allons examiner maintenant comment ces immenses ressources ont été utilisées, une fois jetées dans la fournaise, et quelles modifications ont été imposées par les leçons de l'expérience et la pression inexorable des événements.

Mais, avant d'entrer au cœur de notre sujet, quelques explications, ou plutôt quelques précisions, sont encore nécessaires pour bien montrer dans quel esprit sera écrit ce chapitre.

Nous avons déjà exposé ailleurs les ressources matérielles du Service de Santé à la mobilisation et de quel personnel il disposait. Mais, pour faire un bilan, il y faut ajouter ces éléments impondérables, sans lesquels le matériel le plus parfait reste inutilisable, et les hommes les meilleurs, frappés d'inertie.

Dans le Service de Santé, ces éléments impondérables mais essentiels, étaient la valeur scientifique du corps médical, la facilité d'assimilation et d'improvisation qui est le propre de notre race, le dévouement et l'abnégation de tous ceux qui devaient être appelés à donner leurs soins aux blessés.

Ainsi, trois ordres de facteurs allaient concourir : d'abord les facteurs d'ordre matériel ; puis ceux qui sont représentés par les hommes eux-mêmes ; enfin ceux d'ordre pour ainsi dire psychologique : ce sont précisément les qualités de ces mêmes hommes.

Le problème consistait donc à grouper méthodiquement ces trois ordres de facteurs et à adapter les personnes et les choses à la diversité des circonstances, à la grandeur des événements, et aux enseignements de l'expérience.

Le lecteur voudra bien excuser ces considérations un peu abstraites, mais nécessaires pour qu'il puisse embrasser toute la difficulté du problème et comprendre sans surprise pourquoi, dans le Service de Santé, les méthodes ont dû se modifier, dans leur ensemble et même dans leurs détails, et pourquoi ce service reste en perpétuelle transformation, — disons plutôt en perpétuel progrès.

Il nous faut encore indiquer en quoi le Service de Santé se différencie des autres services de l'armée, dans quelles conditions il doit fonctionner, et comment ce service, — vraiment à part et qui ne peut se comparer rigoureusement à aucun autre — se trouve néanmoins étroitement et obligatoirement lié à tous les autres organes constitutifs des armées.

D'une façon générale, les armes et services fournissent aux armées le personnel et le matériel nécessaires aux opérations militaires, par un effort incessant de l'arrière vers l'avant. L'armée consomme les hommes,



Photo section photographique de l'armée.

LA GRANGE-AUX-BOIS. BRANCARDIERS ET AMBULANCIERS SE RENDANT SUR LE FRONT (1914).



Photo Boyer.

CAMPEMENT DE SANITAIRES SUR LE FRONT.

les munitions, les vivres, le matériel, et ne rend pour ainsi dire rien ou presque rien aux divers services qui les lui ont envoyés ou fournis.

Tout au contraire, si le Service de Santé fournit aux armées un personnel spécialisé, lequel n'est pas indéfiniment renouvelable, et un immense matériel, il en reçoit infiniment plus : il reçoit le blessé, — auquel il faut assurer les meilleurs soins, sur place d'abord, puis dans la zone des armées et enfin à l'intérieur. En un mot quand le Service de Santé a fourni le personnel et pourvu celui-ci du matériel complexe nécessaire, sa tâche est bien loin d'être achevée : on peut même dire qu'elle va seulement commencer.

D'autre part, il est bien évident, mais non pas inutile à rappeler, que les résultats obtenus par le Service de Santé sont fonction du succès des opérations militaires engagées. Qui ne conçoit en effet les innombrables difficultés qu'entraîne pour le Service de Santé, toute opération de retraite ou toute action dont les effets meurtriers dépassent de trop loin les prévisions ?



Photo Meurisse.

UNE VOITURE D'AMBULANCE VERS CHOISY-AU-BAC (1914).

Enfin, les prévisions du Service de Santé lui-même, si elles peuvent avoir pour base le plan des opérations projetées, ne sont en mesure de faire face aux besoins réels que si le plan militaire de son côté a pu au moins en partie se réaliser. Ajoutons encore que le Service de Santé est proprement le service des à-coups — car c'est par à-coups que le plus souvent il est appelé à fonctionner. Opérations intensives sur un point, attaque ennemie, coup de main imprévu, bombardement... tous ces mots, que l'on voit quotidiennement revenir dans le communiqué, se traduisent fatalement par des à-coups dans les formations sanitaires les plus proches des lignes où se déroule l'action et peuvent se répercuter aux différents échelons du service.

Et ceci nous amène à dire quelques mots des deux solutions qui s'offrent à l'esprit pour y faire face.

L'une, simpliste, consiste à avoir, sur tout l'ensemble du front, une organisation sanitaire au complet et prête sur tous les points à toutes les éventualités.

L'autre, plus compliquée, consiste à ne conserver, sur toute l'étendue du front, que le personnel nécessaire au service normal, et à concentrer, suivant les besoins du moment et sur un point donné, le personnel de renfort jugé utile.

Disons immédiatement que l'une comme l'autre de ces solutions ne saurait



Photo Boyer.

VOITURES MÉDICALES RÉGIMENTAIRES PRÈS DE LA LIGNE DE FEU.

être employée exclusivement. La première maintiendrait dans l'inaction un immense personnel et nécessiterait la présence sur le front de la presque totalité des médecins mobilisés. La seconde, relativement facile à réaliser en vue de la préparation de vastes opérations, ne peut tenir un compte suffisant des actions de détail et de l'imprévu ; elle nécessite des mouvements incessants de personnel et supposerait sur l'étendue du front des facilités invraisemblables de transport individuel.



Photo Meurisse.

BLESSÉS FRANÇAIS ET ALLEMANDS DANS L'ÉGLISE DE NEUFMOUTIERS (1914).

Comme dans la plupart des choses humaines, il a fallu adopter une solution intermédiaire : c'est-à-dire, tout en laissant sur le front même la majeure partie du personnel médical, créer, dans le personnel aux armées, des organes mobiles susceptibles de partir en renfort au premier signal sur les points menacés.

Ce personnel de renfort éventuel est constitué par les équipes chirurgicales mobiles, dont chacune comprend un chirurgien, son aide, un anesthésiste et deux infirmières.

En temps normal ce groupement travaille de concert dans la formation sanitaire à laquelle il appartient. Quand des renforts sont nécessaires, il est déplacé en bloc et vient se joindre à une autre formation sanitaire appelée à fonctionner intensivement, quitte à revenir plus tard à sa formation d'origine, quand sa présence n'est plus nécessaire.

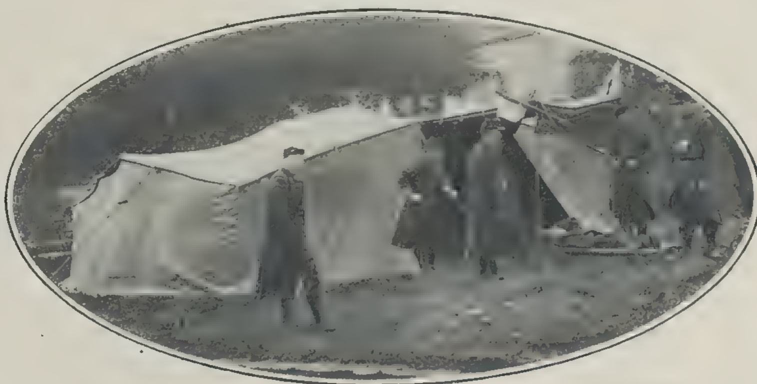


Photo Branger.

AMBULANCE DU FRONT (1914).

Les mêmes dispositions ont été prises à l'arrière, et des équipes chirurgicales constituées; seulement leur déplacement s'effectue de l'intérieur vers le front et *vice versa*.

Bien entendu, les équipes chirurgicales n'excluent nullement l'envoi des renforts individuels ou collectifs, venant du front ou de l'arrière ; mais l'organisation des équipes chirurgicales présente cet avantage unanimement reconnu de permettre à un chirurgien d'avoir les aides essentiels avec lesquels il est habitué à travailler, ce qui facilite sa tâche et augmente ses possibilités.

La création des équipes chirurgicales, qui remonte à une année environ, a donné des résultats excellents, et les lignes qui précèdent auraient peut-être dû trouver une place plus légitime dans un autre paragraphe de ce chapitre — nous y reviendrons succinctement — mais il nous a paru qu'il était indispensable dès maintenant d'en indiquer le fonctionnement à propos des nécessités d'ordre général qui ont précisément été la cause initiale de leur organisation.



TRAIN SANITAIRE IMPROVISÉ (1914).

Pour compléter ces considérations d'ensemble il nous reste à indiquer brièvement comment l'action du Service de Santé se trouve liée au fonctionnement des autres organes constitutifs de ce grand tout qu'est l'armée.

En effet le Service de Santé, aux armées surtout, a des besoins multiples à satisfaire. Il lui faut des vivres pour ses blessés et son personnel ; des voitures, des automobiles pour ses transports. Le Génie militaire doit concourir à l'édification de ses baraques, aux travaux de terrassement et d'aménagement de

ses hôpitaux. Le service des chemins de fer doit acheminer ses trains sanitaires. Enfin c'est au commandement lui-même qu'il appartient de donner les ordres nécessaires pour coordonner tous ces efforts et en déterminer l'ampleur en vue d'un but unique, qu'il est seul à connaître et dont il mesure, seul, l'importance et les difficultés.



Photo Meurisse.

TRANSPORT DE BLESSÉS (1914).

Nombreux parmi nos lecteurs sont ceux qui n'ignorent rien de ces considérations théoriques — nous en sommes convaincu — parce qu'il y a en effet beaucoup d'esprits qui, s'élevant au-dessus du cercle souvent étroit où les hasards de la guerre les appelèrent à exercer leur activité, ont pu par leur propre effort se faire une conception exacte des contingences et des directives d'ordre général du Service de Santé. Mais combien d'autres aussi, tout en embrassant pour ainsi dire d'instinct les grandes lignes d'un service aussi complexe, se laissent parfois absorber par l'observation quotidienne des détails qu'ils ont sous les yeux ! Et c'est à ces détails qu'ils appliquent leurs facultés critiques et leur esprit de généralisation, sans se rendre compte des difficultés et des imperfections inséparables de toute œuvre humaine. C'est à ceux-ci que s'adressent les développements qui précèdent.

* * *

Pour étudier avec quelque clarté le fonctionnement du Service de Santé pendant la guerre, il nous faut distinguer plusieurs périodes correspondant approximativement aux grandes phases militaires qui se sont déroulées depuis le début des hostilités.

L'histoire du Service de Santé peut dès lors se diviser en trois périodes. La première comprend les premiers mois de la campagne, pendant lesquels les opérations offrirent le caractère de la guerre de mouvement. La deuxième a pour caractéristique une sorte de stabilisation du service, résultant elle-même de la constitution d'un front peu variable. La troisième, de beaucoup la plus longue et la plus importante, débute à la création du sous-secrétariat d'Etat.

Pendant la première période, les unités constituées du Service de Santé connurent la guerre de mouvement, ses dangers, ses difficultés; mais aussi cet enthousiasme qui, au début de la guerre, faisait tout accepter et tout subir, dans la joie du devoir accompli.



Photo Meurisse.

TRANSPORT DE BLESSÉS EN ARGONNE (1914).

Personne ne se rappelle sans émotion ces heures du départ pour la frontière, le souci impérieux des responsabilités qui assaillait tous ceux à qui était dévolue une part d'autorité, cette inexpérience enthousiaste que rien ne rebutait, et cette soif de dévouement qui sera l'honneur éternel de tous les citoyens français. Une seule crainte se faisait jour parfois : c'était celle de ne pas être à la hauteur des circonstances si tragiquement imprévues où l'on allait vivre, à la taille des devoirs qui incombaient à chacun.

La mobilisation du Service de Santé, aussi bien pour les formations sanitaires de l'avant qu'à l'arrière, s'effectua dans les délais prévus, et, nous pouvons le dire, sans



Photo Boyer.

WAGON DE MARCHANDISES AMÉNAGÉ POUR DES BLESSÉS (1914).

grandes difficultés : tant la bonne volonté générale parait à tout, facilitait tout. D'anciens camarades d'études se retrouvaient, des amitiés nouvelles se nouaient, et chacun s'efforçait à l'envi d'accomplir la tâche que lui traçait le carnet de mobilisation.

On a vu dans un précédent chapitre quel matériel se trouvait réuni pour être employé au jour de la mobilisation. C'est ce matériel qui permit de constituer les ambulances et les formations sanitaires parties avec les divers corps d'armée dès le début de la mobilisation.

Or les premiers jours, les premières heures même virent s'ouvrir l'ère des difficultés. Celles-ci n'étaient pas proprement le fait d'une insuffisance de personnel ou de matériel, mais le résultat de la méconnaissance générale des conditions de la guerre moderne.

Le Service de Santé régimentaire se dépensa sans compter, organisant les postes de secours aussi près que possible de la ligne de feu, trop près même quelquefois. Quant aux groupes de brancardiers divisionnaires ou de corps, les circonstances mêmes de la lutte ne leur permirent pas d'entrer en action comme les règlements l'avaient prévu.

Là, comme dans beaucoup d'autres domaines, la pratique était loin de la théorie.

Pour les ambulances, la tâche ne fut ni moins difficile ni moins ardue. Dans la poussière ou la boue des routes sillonnées de troupes en marche, on vit leurs fourgons s'acheminer vers les modestes villages où elles devaient fonctionner, sur roues dans la plupart des cas, et en prélevant seulement sur leur matériel chirurgical les quelques instruments nécessaires aux premiers soins. Leurs blessés devaient être abrités dans des granges, couchés sur de la paille hâtivement répandue. Quant aux évacuations, nous avons encore présentes devant les yeux les longues files de charrettes réquisitionnées et remplies de blessés, couchés sur de la paille ou des brancards.

La réquisition des voitures ! c'était pour le médecin-chef des ambulances, à cette première période de la guerre, une préoccupation de tous les instants, que vint seulement soulager plus tard l'apparition des sections automobiles, composées elles-mêmes de camions ou tapissières de réquisition. Certes, le tableau d'une ambulance fonctionnant en 1917 ne rappelle que de loin le spectacle que donnait la même ambulance en août 1914 ! Mais si l'on peut se féliciter des progrès réalisés, il faut se garder d'oublier dans quelles conditions fonctionnait le Service de Santé au début de la guerre.

Sur les routes — pourquoi ne pas le dire ? — c'était presque un gêneur, encombrant de ses fourgons les grandes voies, que parcouraient l'artillerie ou les convois de munitions. A l'étape, il arrivait le dernier, en parent pauvre qui devait bien souvent mendier à de plus riches le plus mauvais cantonnement pour son personnel et ses voitures, et une place suffisante pour les blessés qui allaient affluer.

Maintenu presque toujours dans l'ignorance complète des fluctuations de la



Photo Boyer.

INTÉRIEUR D'ABRI DE REPOS DANS LE CAMP RETRANCHÉ DE PARIS.
(DÉBUTS DE LA GUERRE 1914.)


Photo Boyer.
POSTE DE SECOURS DANS UNE MAISON EN RUINES.

bataille, il se repliait après tout le monde... ou bien ne se repliait pas du tout et n'avait plus d'autre possibilité que d'attendre l'ennemi, à l'abri précaire de la croix de Genève.

C'est ce qui explique qu'aux premiers mois de la guerre de nombreuses formations sanitaires aient été capturées par les Allemands, qui ne rendirent leurs prisonniers qu'après de longs mois de captivité.

Et puis il faut avoir vécu soi-même les jours de retraite pour comprendre les difficultés souvent insurmontables qui assaillirent le Service de Santé ! Le dévouement, le courage, l'abnégation ne peuvent suffire, là où les plans et les ordres sont à la merci d'événements qui se précipitent et ne laissent d'autre alternative que la décision rapide qui pare aux nécessités urgentes du moment.

Par-ci, par-là, dans leurs déplacements incessants, les formations sanitaires de l'avant marquaient un temps d'arrêt. Quelques heures ? plusieurs jours ? On ne savait et il fallait rester toujours prêt à partir. Cependant, ces courtes haltes étaient mises à profit pour rendre moins précaires et plus confortables pour les blessés les installations occupées par les ambulances.

Les salles d'opération étaient aménagées d'une façon plus conforme aux exigences chirurgicales, le régime des évacuations se régularisait, jusqu'au jour où survenait l'ordre de départ, et où l'on se remettait en marche vers des destins nouveaux.

Aux échelons plus proches de l'arrière, le Service de Santé avait alors à lutter avec des difficultés aussi grandes. Les trains sanitaires devenant insuffisants, on dut hâtivement en aménager d'autres. Le nombre des blessés dépassant toutes les prévisions, les gares d'évacuation furent envahies, et l'on vit alors arriver à l'arrière ces convois lamentables de blessés qui apportèrent la vision effroyable de la guerre jusqu'aux régions les plus éloignées du front.

A l'intérieur enfin, les embarras, quoique d'un autre ordre, ne furent pas moindres, conditionnés d'ailleurs, comme à l'avant, par les événements militaires eux-mêmes. L'envahissement du territoire fit perdre au Service de Santé des milliers de lits d'hospitalisation, le nombre des blessés augmentait sans cesse, l'administration centrale devait suivre le gouvernement à Bordeaux !

Malgré tout, le Service de Santé put faire face aux besoins : certes les meilleures facultés d'improvisation ne remplacent jamais qu'imparfaitement une organisation préalable, et l'aiguillon lancinant de la nécessité ne saurait suppléer aux vues larges d'une administration à la fois prévoyante et hardie dans la préparation de la guerre. Pourtant n'oublions pas qu'on réussit avec une rare promptitude à réquisitionner de nombreux hôtels, à occuper des établissements d'instruction, à favoriser l'ouverture d'hôpitaux bénévoles, à réunir tout le matériel de literie nécessaire. En même temps on dut pourvoir aux besoins sans cesse renouvelés des armées et de l'intérieur en matériaux de pansement et médicaments de toutes sortes.

* * *

Cependant peu à peu, après la Marne et l'Yser, le front commença à se stabiliser.

La ruée allemande était arrêtée, une


Photo Boyer.
POSTE DE SECOURS EN PREMIÈRE LIGNE. RÉGION DE FOISSY (SOMME).

barrière solide était opposée à l'envahisseur, l'hiver était là : le Service de Santé devait dès lors s'adapter aux conditions nouvelles de la lutte et s'installer sur des bases plus stables, comme il convenait dans une guerre dont les opérations se rapprochaient de la guerre de siège.



Photo Boyer.

POSTE CHIRURGICAL DE SOUAIN.

Les postes de secours furent aménagés d'une façon plus confortable; les ambulances s'immobilisèrent, et prirent figure de petits hôpitaux. Plusieurs furent installées dans des châteaux, de vastes immeubles, susceptibles d'abriter un grand nombre de lits.

On organisa aussitôt une véritable hospitalisation à l'avant — c'est-à-dire que les blessés susceptibles d'être guéris au bout d'un court laps de temps furent conservés dans la zone des armées et renvoyés à leur corps par les soins des ambulances où ils avaient été soignés.

L'apparition de ces dispositions nouvelles restreignit notablement le chiffre des évacuations sur l'intérieur et permit une récupération rapide pour l'armée des blessés ou malades guéris.

En même temps les transports des blessés par automobiles furent extrêmement développés; les camions réquisitionnés disparurent progressivement pour faire place aux voitures sanitaires des sections automobiles, lesquelles se multiplièrent de mois en mois.

C'est alors que, la stabilisation du front étant acquise, on entreprit la vaccination antityphoïdique de toutes les troupes en campagne, et cette opération devint une des mesures les plus importantes au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie. Sa réalisation, au cours des déplacements incessants des diverses unités, était particulièrement délicate. Il fallait, en effet, tenir compte des désirs du commandement et éviter par-dessus tout d'immobiliser des troupes dont l'action militaire pouvait être indispensable.

Le Service de Santé, à tous les degrés de la hiérarchie, pénétré de l'exceptionnelle importance de la vaccination antityphoïdique, vint à bout de toutes les difficultés... et, sans empiéter sur le chapitre qui traitera spécialement cette question, nous pouvons dire que les affections typhoïdes ont pratiquement disparu de l'armée.

C'est également à cette époque de stabilisation que le Service de Santé commença à réaliser, au moins en partie, l'utilisation des compétences chirurgicales. Certaines ambulances furent exclusivement réservées aux grands blessés et reçurent une spécialisation chirurgicale, tandis que d'autres hospitalisaient de préférence des malades ou de petits blessés. D'autre part, le flux des blessés passant par les hôpitaux d'évacuation se régularisa; l'installation de ces hôpitaux, ainsi que des trains sanitaires, se fit meilleure; les évacuations furent mieux surveillées.



Photo section photographique de l'armée.

AMBULANCE A NŒUX (PAS-DE-CALAIS).

Enfin à l'intérieur, après la période du début, où le corps médical et administratif eut à faire pour ainsi dire son apprentissage spécial parmi les arrivées incessantes des blessés du front, la bonne volonté de tous et aussi l'accoutumance commencèrent à porter leurs fruits.

L'organisation des hôpitaux se compléta progressivement; de nouvelles formations sanitaires furent créées pour faire face aux besoins sans cesse accrus; les ressources de l'hospitalisation furent développées au maximum.

En même temps diverses mesures furent prises concernant l'octroi de congés



Photo Boyer.

BRANCARDS DÉMONTABLES ET CHALITS (MODÈLES 1915).

de convalescence, et notamment la création d'hôpitaux-dépôts, destinés à permettre une récupération plus complète et plus rapide des effectifs.

C'est encore au cours de cette période qui comprend le premier semestre de 1915 que furent créés les premiers centres de spécialités du territoire (ophtalmologie, physiothérapie).

Néanmoins, malgré des améliorations certaines et des efforts constants, un malaise persistait dans l'opinion à l'égard du Service de Santé, qui était l'objet de critiques véhémentes dans la presse, sévères dans les grandes commissions parlementaires, et justifiées, en partie tout au moins, par les lacunes que le public pouvait lui-même constater, surtout au point de vue de l'évacuation des blessés.

Ces imperfections évidentes étaient peut-être moins le fait des hommes que de l'organisation générale des choses de la guerre, surtout de cette sorte de dualité qu'avait consacrée le décret du 2 août 1914, en divisant le pays en deux parties : la zone des armées et le territoire. Cette dualité engendra pour ainsi dire une séparation de corps et de biens, qui, l'incompatibilité des caractères aidant, aboutissait presque à un divorce. Petit à petit, un mur véritable s'était élevé entre les deux parties.

Comme conséquence logique, mais néfaste, de cet état de choses qui le dépassait lui-même, le Service de Santé avait une direction générale aux armées, et une direction (la 7e) au ministère de la Guerre.

La première — direction d'un service — restait sans influence active sur le commandement. Quant à la seconde, sans vue ni contrôle sur la zone des armées, elle pourvoyait aux demandes des armées et aux besoins de l'intérieur, avec une bonne volonté souvent parcimonieuse, parfois prodigue, mais qui ne pouvait suppléer à la méthode rigoureuse indispensable à l'exploitation des ressources comme à leur judicieuse utilisation.

Ces réflexions, auxquelles conduisent le recul et la vue d'ensemble des événements écoulés, ne se présentaient peut-être pas à l'esprit d'une façon aussi nette en 1915. Quoi qu'il en soit, c'est alors qu'apparut clairement aux pouvoirs publics la nécessité d'une organisation nouvelle du Service de Santé, dont le chef, participant au Gouvernement, tiendrait de celui-ci de plus larges moyens d'action et une plus grande autorité.

La création d'un sous-secrétariat d'Etat au Service de Santé fut décidée et M. Justin Godart en devenait le titulaire par décret en date du 1er juillet 1915.

La tâche qui s'offrait au nouveau sous-secrétaire d'État était difficile et complexe : il y apporta toutes ses qualités de travail, de conscience et de bonne volonté, auxquelles il faut ajouter cet esprit de réalisation pratique et de méthode dont on s'enorgueillit, non sans raison d'ailleurs, sur les rives lyonnaises de la Saône et du Rhône.

Plus de deux années se sont écoulées dans un effort ininterrompu ; il nous reste maintenant à en montrer les résultats.

Mais, si nous voulons embrasser dans son ensemble l'œuvre accomplie par le sous-secrétariat du Service de Santé, il ne faut pas l'examiner chronologiquement, car les idées directrices se perdraient dans la multiplicité des détails quotidiens. Tout au contraire il faut l'envisager sous ses divers aspects, c'est-à-dire en se plaçant successivement au point de vue administratif, médical et social.

Nous commencerons par exposer l'œuvre administrative du sous-secrétariat d'Etat,



UNE DES SALLES D'HOSPITALISATION DU GROUPEMENT CHIRURGICAL, TYPE 1917.

car on peut dire que c'est en même temps une œuvre d'organisation.

Nous savons bien qu'en France il est d'usage de traiter avec une apparence de raillerie ce que l'on appelle l'Administration ! Il n'en est pas moins vrai que seule une bonne administration peut assurer l'ordre, la méthode et le contrôle. C'est seulement dans un cadre administratif pratique et logique que peuvent être mises en valeur les compétences techniques et se manifester les initiatives utiles et les bonnes volontés agissantes.

Le premier effort dut porter sur les grandes régions qui se partagent le service sanitaire. Comprenant plusieurs départements, elles représentent pour le directeur régional du Service de Santé une charge très lourde. D'où la nécessité de placer à côté de lui des collaborateurs. C'est ainsi que furent institués les sous-directeurs, destinés à le suppléer dans son travail de bureau, et les directeurs-adjoints, lesquels doivent se déplacer continuellement pour procéder à l'inspection des formations sanitaires. Les directeurs-adjoints ont une mission permanente de contrôle sur tous les détails du service ; ils doivent s'assurer de l'exécution des règlements et veiller surtout à ce que l'on ne conserve pas dans les formations sanitaires des blessés dont l'état de santé ne justifie plus l'hospitalisation.



DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE DE SANTÉ
(DIRECTION DU G. M. P., AU LYCÉE BUFFON, A PARIS).

A côté de ces organes de direction et de contrôle, un pharmacien-adjoint vérifie le fonctionnement du service pharmaceutique : approvisionnement et utilisation des médicaments. Enfin un officier d'administration qualifié par son expérience est spécialement désigné pour étudier sur place toutes les questions de contentieux, marchés, réquisitions, litiges divers qui se posent quotidiennement.

Tel est le cadre des directions régionales, qui a servi de base à l'édifice administratif et technique constituant l'organisation hospitalière des régions.

En premier lieu s'imposait la nécessité d'une sorte de crible médico-légal, destiné à vérifier le bien-fondé des convalescences, des propositions pour la réforme ou la retraite. C'est à cet effet que furent créés les hôpitaux-dépôts, devenus depuis les centres spéciaux de réforme, où sont minutieusement examinés tous les blessés susceptibles d'être réformés et retraités et où sont légalement constitués les dossiers d'expertise destinés à être soumis à la Commission consultative et au service des



Photo Mission Levasseur.

CENTRE SPÉCIAL DE RÉFORME (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 17, A TOULOUSE).



Photo Mission Levasseur.

MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON : RAYONNAGES.

pensions. Les commissions de convalescence, dont les comptes rendus des séances sont centralisés au sous-secrétariat d'Etat, complètent cette organisation. Il fallait aussi que les divers passages des blessés dans les formations sanitaires laissent une trace, préservatrice de leurs droits éventuels. Ce but fut atteint par la modification des bulletins spéciaux, dits bulletins 46, et leur centralisation dans les archives du chef-lieu régional.

La question de l'approvisionnement des formations sanitaires devait également être reprise sur des bases nouvelles. Il s'agissait non seulement de faciliter le ravitaillement des hôpitaux en denrées de toutes sortes, mais aussi de réaliser d'importantes économies. A cet effet furent montés, dans chaque région, un ou plusieurs magasins d'approvisionnement, où les diverses formations sanitaires viennent chercher au meilleur compte les denrées qui leur sont nécessaires. Ainsi qu'on l'a exposé déjà, les magasins d'approvisionnement sont en relations constantes et reçoivent leurs directives d'un organisme parisien, qui centralise tous les renseignements d'ordre économique et commercial du territoire et se trouve dès lors susceptible de procéder à tous les achats nécessaires, dans les régions productrices.

La mise en train et le fonctionnement de cette méthode générale d'approvisionnement des formations sanitaires ont nécessité un très gros effort, mais on comprend qu'ils donnent les meilleurs résultats jusque dans la zone des armées, aussi bien au point de vue de la qualité et la fraîcheur des denrées que des économies réalisées.

Dans le même ordre d'idées, la création d'une Direction Générale des marchés au Service de Santé rend possibles des tractations portant sur l'ensemble des besoins et permet d'obtenir les prix les plus avantageux.

Nous avons indiqué précédemment que le Service de Santé, poussé par la nécessité, avait dû réquisitionner de nombreux hôtels et de nombreux établissements d'instruction; mais, la guerre se prolongeant, le sous-secrétariat dut se préoccuper de rendre à l'instruction publique les établissements indispensables à la reprise normale des études scolaires. Des intérêts également pressants l'obligèrent à déréquisitionner les grands hôtels dans les stations thermales et balnéaires. En effet, le prix des réquisitions rendait onéreuse l'occupation des hôtels, et la reprise de la vie économique du pays faisait une nécessité de leur libération.

Force fut de ce chef de procéder à une révision complète de l'assiette de l'hospitalisation sur le territoire, et l'on aura une idée du travail de réorganisation accompli quand nous dirons que les locaux libérés abritaient environ 120.000 lits.

Ajoutons que, périodiquement, les directeurs régionaux sont convoqués au sous-secrétariat d'Etat pour y recevoir des directives d'ensemble, et exposer certains détails ou difficultés de leur service. C'est ainsi que se trouvent maintenues l'unité de direction administrative et l'unité d'esprit qui, dans un grand service, doivent animer tous ceux qui détiennent une part de l'autorité.

* * *

Au point de vue médical, l'œuvre du sous-secrétariat, non moins considérable,



Photo Mission Levasseur

MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON : STOCK DE POMMES DE TERRE.

s'affirme chaque jour dans
tionne de plus en plus.

L'idée directrice, dont
cours de cet exposé, est
tences. C'est la pierre angu-
l'édifice. Tout d'abord il fut
en médecine conférait le
quelle que fût la situation

Ce point acquis, il fal-
rité militaire à ceux qui,
jouissent déjà, par leurs
autorité morale incontestée.
que le décret du 25 décembre
seurs, aux agrégés et mé-
villes de faculté, le grade
de 2e classe, suivant l'an-
ou de leurs services hospi-

La compétence une fois
un grade, il convenait de lui
assez vaste pour lui per-
lement. A cette fin, les
un certain nombre de sec-
caux, à la tête desquels
et des médecins qualifiés,



Photo Musée du Val-de-Grâce.

HOPITAL INSTALLÉ DANS UN HOTEL
(HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 48, A VICHY).

ses résultats et se perfec-

on pourra suivre l'action au
l'utilisation des compé-
laire sur quoi repose tout
admis que le titre de docteur
droit au grade d'aide-major,
militaire du postulant.
lait encore donner une auto-
dans le corps médical,
titres scientifiques, d'une
C'est dans cette intention
1915 confère aux profes-
decins des hôpitaux des
de médecin-major de 1re ou
cienneté de leur concours
taliers.
reconnue et consacrée par
donner un champ d'action
mettre de s'employer uti-
régions furent divisées en
teurs chirurgicaux et médi-
furent placés des chirurgiens
dits chefs de secteur.

Ceux-ci visitent les hôpitaux de leurs secteurs respectifs, aident leurs confrères de leurs conseils, opèrent sur place les blessés s'ils le jugent à propos, ou au contraire font diriger sur leur propre service hospitalier ceux qu'ils estiment devoir suivre personnellement ; d'autre part les chefs de secteur sont appelés en consultation par leurs confrères, et donnent leur avis sur les malades qui leur sont envoyés pour être examinés.

A côté des chefs de secteurs chirurgicaux et médicaux se placent les adjoints techniques. Ceux-ci, épidémiologistes et bactériologistes placés à la tête d'un laboratoire, se préoccupent des conditions hygiéniques des cantonnements et des hôpitaux. Sitôt signalée une menace épidémique, ils se rendent sur place et, de concert avec l'administration préfectorale, prennent toutes les mesures nécessaires non seulement pour empêcher le développement de l'épidémie, mais aussi pour la combattre efficacement.

Ces dispositions, qui ont donné à l'intérieur des résultats excellents, ont pu également être appliquées aux armées, après entente avec le général en chef.

Il y a maintenant des chirurgiens consultants de corps d'armée et d'armée ; des médecins consultants aux armées, qui sont en même temps adjoints techniques ; des laboratoires bactériologiques, à la tête desquels se

trouvent placés des
militaires et civils
sur place toutes les
sant la protection
les épidémies, les
gelures, etc., etc.

En outre, dans
furent créés les
lités (chirurgie,
rhino-laryngologie,
trie) dirigés par des
sont envoyés les
qui ont besoin d'un
lier.

Le service ra-
nisé et toutes les



HOPITAL INSTALLÉ DANS UN COLLÈGE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 22,
A MONTARGIS, LOIRET).

épidémiologistes
réputés, qui étudient
questions intéres-
de nos soldats contre
gaz asphyxiants, les

toutes les régions
centres de spécia-
ophtalmologie, oto-
neurologie, psychia-
spécialistes et où
blessés ou malades
traitement particu-

diologique fut orga-
formations impor-

tantes à spécialisation chirurgicale furent pourvues des appareils nécessaires. Des médecins radiologues furent formés et instruits de telle sorte que leur nombre fût suffisant pour affecter un médecin radiologue aux grandes formations sanitaires du front, aux ambulances automobiles et aux voitures radiologiques. Celles-ci se transportent, suivant les besoins, partout où il ne peut exister une installation fixe. A l'intérieur les chefs de centre radiologique, à l'avant les médecins radiologues experts d'armée, vérifient le fonctionnement du service, aussi bien au point de vue de la valeur technique du personnel que de l'emploi du matériel mis à sa disposition.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

CENTRE DE SPÉCIALITÉ (HOPITAL AUXILIAIRE N° 2, A TROYES).

Tel est, dans ses grandes lignes, le cadre technique où doit évoluer le Service de Santé. Mais, la guerre se prolongeant, un problème nouveau se posait avec une certaine acuité : les médecins de l'avant ignoraient l'évolution lointaine des blessures qu'ils avaient soignées dans les ambulances du front et, d'autre part, les médecins de l'arrière ne savaient pas dans quelles conditions opéraient leurs confrères de l'avant, ni quelles méthodes devaient être employées dans le traitement des blessures récentes pour éviter les multiples complications qui menacent les plaies de guerre. C'est pour remédier à ces inconvénients que fut décidée et organisée la relève des médecins.



Photo Martin.

VISITE DE M. JUSTIN GODART, SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT DU SERVICE DE SANTÉ, AU P. S. DE CRAONNE.

Car telles furent, eu réalité, les raisons profondes de cette relève dont on a tant parlé : il était désirable que le corps médical tout entier connût dans son ensemble le fonctionnement du Service du Santé, aussi bien à l'avant qu'à l'arrière; et cela dans l'intérêt des blessés eux-mêmes, car c'est l'intérêt des blessés qui prime toutes les contingences. A ces considérations primordiales s'en vinrent ajouter d'autres : l'âge des médecins, leur temps de séjour au front, leurs charges de famille. Mais, encore une fois, il faut bien qu'on le sache : la véritable raison de la relève fut celle que nous venons d'exposer, c'est-à-dire la nécessité de mettre les médecins de l'avant au courant de la chirurgie de l'arrière et inversement.



ÉCOLE DE MANIPULATEURS RADIOGRAPHES.

Cette énorme opération de relève fut hérissée de difficultés. Il fallut tenir compte des opérations militaires en cours, des mutations incessantes d'unités sur le front, de la spécialisation des médecins mutés, etc., etc., et en même temps assurer au front le remplacement des médecins blessés ou fatigués : bref, la relève entraîna plus de 20.000 mutations. Qu'on imagine le travail représenté par la mise en route, l'affectation, le remplacement d'un tel nombre d'officiers ! Ces opérations furent néanmoins

poursuivies avec persévérance et l'on arriva au point où — sauf incapacité physique — l'immense majorité des médecins mobilisés eurent tour à tour passé dans les services de l'avant.

Le résultat cherché étant ainsi obtenu, il convenait d'appliquer à tous les officiers du Service du Santé les règles en vigueur dans les autres armes et services : c'est-à-dire affecter à l'avant les officiers les plus jeunes, et à l'arrière les plus âgés, ou ayant les plus lourdes charges de famille.

C'est cette opération nouvelle qui s'effectua dès lors progressivement, et se poursuivra jusqu'à ce qu'on soit amené à remplacer les médecins de l'avant par des médecins de l'arrière appartenant à la même classe. A ce moment le but poursuivi sera atteint, l'équilibre établi, et le rappel à l'arrière des officiers servant aux armées ne sera plus prononcé que pour cause de blessure, de fatigue ou de maladie.

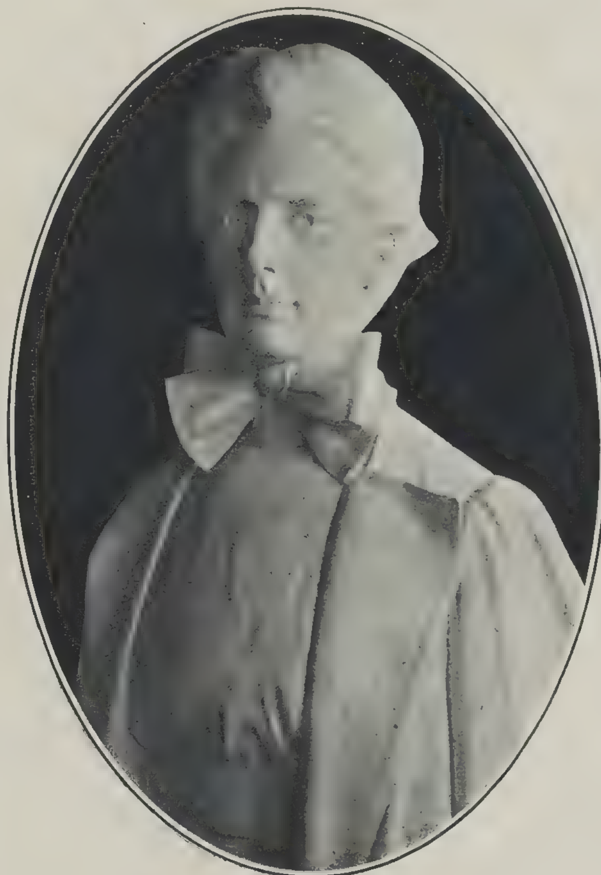


Photo Henri Manuel.

EDITH CAVELL, INFIRMIÈRE MARTYRE,
FUSILLÉE PAR LES ALLEMANDS A BRUXELLES.

Restait à se préoccuper aussi des soins à donner aux populations civiles privées de secours médical. D'entente avec le ministre de l'Intérieur, des médecins militaires furent affectés à ce service : ceux des classes antérieures à 1888 furent autorisés à servir dans leur résidence du temps de paix.

Est-il besoin d'observer que toutes ces mesures ne peuvent être appliquées que peu à peu, sous peine de désorganiser les services ou tout au moins d'y provoquer de graves perturbations ?

Mais l'œuvre des médecins et des chirurgiens ne peut être vraiment féconde que si elle se trouve pour ainsi dire renforcée par le corps si utile et si dévoué des pharmaciens.

Nombreux étaient, en 1915, les pharmaciens qui ne se trouvaient ni pourvus d'un grade correspondant à leurs connaissances scientifiques, ni utilisés suivant leur compétence.

On dut d'abord ressusciter le grade de pharmacien auxiliaire, puis augmenter les cadres pour permettre la nomination au grade d'officier du plus grand nombre possible de pharmaciens.

Ceux-ci reçurent de nouvelles affectations facilitant l'utilisation rationnelle de leurs aptitudes techniques. Chaque régiment d'infanterie fut pourvu d'un pharmacien aide-major, spécialement chargé des questions d'hygiène et de la surveillance des substances chimiques nécessaires à la lutte contre les gaz toxiques. Dans les groupes de brancardiers des pharmaciens furent affectés aux laboratoires d'analyse, et enfin des équipes sanitaires furent instruites et chargées, sous la direction d'un pharmacien, de diriger les travaux d'hygiène des cantonnements.

Restaient les dentistes, pour lesquels aucun grade n'était prévu et qui exerçaient leur art dans le milieu militaire au hasard des circonstances favorables et des initiatives individuelles. Ce hasard parfois heureux, mais insuffisant, devait être discipliné et le service dentaire organisé sur l'ensemble du territoire et aux armées. Les excellents résultats obtenus par le service dentaire seront exposés ailleurs : disons seulement que fut créé le corps des dentistes militaires, assimilés aux aspirants, et qu'il sera bientôt possible à ces praticiens d'arriver au grade d'officier.



Photo Henri Manuel.

HOPITAL-ÉCOLE ÉDITH CAVELL. L'ENTRÉE.

Enfin, il convenait de créer un corps d'infirmières militaires; le nombre

des infirmiers devenant insuffisant, un statut des infirmières militaires fut établi, réglementant leur hiérarchie et leur situation. Leur recrutement est assuré par des centres d'instruction régionaux et par les écoles d'infirmières, dont les principales sont l'école M. Fould et l'école Edith Cavell. Cette dernière, placée sous le patronage désormais symbolique de l'héroïne anglaise, donne à ses élèves un enseignement théorique et un enseignement pratique au lit du blessé.

Edifiée sous de coquettes baraques, elle offre comme un avant-goût des hôpitaux du front. Les résultats obtenus sont remarquables, et, en sortant de l'école, les jeunes infirmières peuvent prodiguer à nos blessés leurs soins aussi attentifs qu'éclairés.



Photo Henri Manuel.

HOPITAL-ÉCOLE EDITH CAVELL : UN COURS.

Comme les infirmières si dévouées des sociétés de Croix-Rouge, les infirmières militaires servent dans les hôpitaux de l'intérieur et aussi sur le front.

Nous saluons ici respectueusement les femmes admirables que le feu ennemi n'a pas épargnées et qui ont été frappées en accomplissant leur œuvre d'abnégation et de dévouement.

En même temps, l'œuvre du sous-secrétariat d'Etat se poursuivait de concert avec le Commandement aux armées. Le matériel mis à la disposition des médecins fut perfectionné ; les ambulances automobiles chirurgicales furent mises en service ; les groupes complémentaires de chirurgie vinrent s'adjoindre aux anciennes ambulances ; les grands hôpitaux d'évacuation sous baraques se construisirent.

De plus furent envoyés dans les cantonnements les sections d'hygiène corporelle et les groupes de buanderies-séchoirs, qui permirent de donner aux soldats les douches tièdes, et de procéder au lavage et à la désinfection du linge.

Conçues dans un esprit rigoureusement pratique, ces sections d'hygiène ont donné tous les résultats qu'on en attendait.

* * *

Mais l'œuvre du sous-secrétariat, au point de vue médical, aurait été incomplète, si tous les efforts n'avaient pas été faits pour favoriser dans tous ses domaines les progrès de l'art médical.

Pour cela furent organisées périodiquement des réunions qui groupent les médecins chefs des centres des diverses spécialités. Chaque réunion est consacrée à l'examen d'une ou plusieurs questions importantes, méritant plus particulièrement une étude d'ensemble. Des rapports remarquables sont lus et commentés, des vues originales sont échangées, des méthodes sont précisées et mises en lumière pour le plus grand bénéfice de nos blessés et de la science médicale.

De même, afin de diffuser certaines méthodes particulièrement utiles, de nombreux médecins ou chirurgiens ont été autorisés à aller sur place s'instruire auprès des maîtres qui pouvaient ainsi



Photo Musée du Val-de-Grâce.

INFIRMIÈRES DES DIFFÉRENTS SERVICES (HOPITAL DU VAL-DE-GRACE).

exposer leurs travaux au double point de vue théorique et pratique.

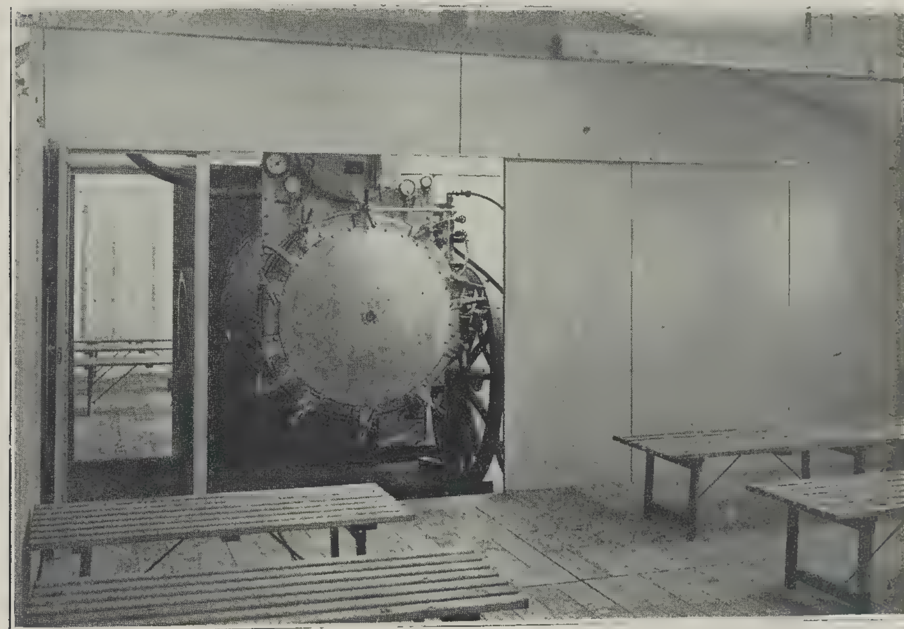
Enfin il a paru utile de convier à une même réunion les chirurgiens de l'avant, ceux des hôpitaux d'évacuation, des gares régulatrices, et les chirurgiens de l'arrière qui à la suite d'une action militaire avaient eu à soigner les blessés provenant de cette action.

Ces chirurgiens purent ainsi exposer leurs idées sur le fonctionnement général du service, et se donner mutuellement de précieux renseignements sur les traitements employés, l'évolution des blessures et le sort des blessés qui étaient passés dans leurs mains aux diverses étapes sanitaires.



ÉQUIPAGE RADIOLOGIQUE. VUE D'ENSEMBLE.

Le Service de Santé retire de ces réunions, que préside toujours le sous-secrétaire d'Etat, les plus grands bénéfices ; elles apportent les plus précieux enseignements, puisque ce sont ceux de l'expérience.



SECTION D'HYGIÈNE CORPORELLE. ÉTUVE.

A côté de ces conférences quasi-officielles, dans chaque région et dans chaque armée fonctionnent des Sociétés médico-chirurgicales, où chaque médecin ou chirurgien peut exposer à ses confrères les cas les plus intéressants de sa pratique. Beaucoup de ces Sociétés publient même un bulletin, distribué à tous les membres ; dans le même ordre d'idées, un Congrès interallié réunit, à divers intervalles, des chirurgiens éminents de toutes les nations alliées, à l'effet de coordonner les observations et les méthodes touchant aux questions chirurgicales posées par la guerre. De plus, les si vieilles Archives de Médecine et de Pharmacie militaires furent modernisées, complétées par un riche index bibliographique : elles sont maintenant devenues un recueil précieux de documents du plus haut intérêt.

Mais, pour que l'œuvre fût complète, il restait encore à créer, sur le front même, un organisme spécialement destiné à exposer aux médecins les méthodes nouvelles et les enseignements de la guerre dans le domaine chirurgical et médical.

C'est dans cette intention que fut aménagé l'hôpital d'évacuation de Bouleuse.

Là des maîtres de la chirurgie et de la médecine résument en quelques conférences les grandes lignes d'un enseignement qui trouve sa base dans l'expérience de ces trois années de guerre. Les médecins du front, soucieux de conserver leur acquis et de se perfectionner dans leur art,



GROUPE DE BUANDERIE-SÉCHOIR.

viennent, par série, accomplir un stage à Bouleuse, où ils peuvent, à côté des exposés théoriques, voir la mise en pratique de l'enseignement qui leur est donné.

L'H.O.E. de Bouleuse a pris la dénomination de Groupement des services chirurgicaux et scientifiques, c'est-à-dire qu'il s'y poursuit de nombreuses recherches au point de vue chirurgical, bactériologique, chimique, etc.

* * *

Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en leur disant que depuis le début de la guerre le corps médical a vu ses rangs s'éclaircir par la mort au champ d'honneur, les blessures reçues à l'ennemi, ou les maladies contractées au chevet de nos soldats.

La mort a surtout frappé parmi les jeunes, parmi ceux que leur âge appelait à servir dans nos héroïques bataillons d'infanterie. Il fallait combler les vides, creusés particulièrement dans les rangs des médecins auxiliaires, assurer à tous un avancement en rapport avec leur vaillance et l'importance des services rendus.

Pour combler les vides, on dut nommer médecins auxiliaires les étudiants en médecine titulaires d'un nombre de plus en plus restreint d'inscriptions, mais il était indispensable de leur assurer une instruction technique suffisante pour remplir utilement leur emploi.





H. O. E. DE BOULEUSE. VUE PRISE PAR AVION

De même pour les médecins auxiliaires, suivant le nombre de leurs inscriptions antérieures à la guerre, ils purent accéder soit au grade d'aide-major, soit à un grade ressuscité des anciennes armées, celui de sous-aide major.

Mais il fallait aussi donner aux candidats à ces grades les connaissances scientifiques indispensables.

C'est pour répondre à ces diverses nécessités que des cours furent institués à l'intérieur et aux armées ; des stages hospitaliers furent exigés et un jury d'examen fit subir aux postulants les épreuves probatoires nécessaires pour leurs nominations ou promotions.

Ces diverses mesures présentaient de grandes difficultés d'exécution du fait des nombreuses mutations qu'elles nécessitaient. Elles furent néanmoins progressivement réalisées sans inconvénient pour le service des armées et pour le plus grand bien de tous.

Cela fait, restait encore à prévoir l'avenir de la profession médicale ; restait à assurer pour l'après-guerre une suffisante pépinière de praticiens ; restait surtout à entretenir chez les jeunes gens qui se destinaient à la carrière médicale le goût de l'étude et cet entraînement scolaire qui se perd si facilement.

Dans chaque armée et à l'intérieur (à Paris, Lyon et Bordeaux) deux cycles de cours furent organisés pour permettre aux étudiants de poursuivre, au moins dans une certaine mesure, leurs études sous la direction de professeurs et d'agrégés des facultés de médecine ou des écoles militaires. Des examens probatoires auront lieu, comportant des épreuves sévères, et après accord avec le ministre de l'Instruction publique, il a été entendu qu'il serait tenu compte de ces épreuves pour la délivrance ultérieure d'inscriptions.

Mais l'œuvre de prévision de l'avenir eût été encore insuffisante si l'on n'eût songé à utiliser pour le progrès de



EDITH CAVEL

Infirmière martyre

Tableau de M. Paul PREVÔT, de la 22e Section d'Infirmiers Militaires

(Prix et Médaille du Salon des Artistes français.)




Photo Musée du Val-de-Grâce.

GARE RÉGULATRICE DE LA CHAPELLE. BLESSÉS RECEVANT LES PREMIERS SOINS A LA DESCENTE D'UN TRAIN SANITAIRE.

l'art médical les maux effroyables résultant de la plus grande guerre qu'ait jamais subie l'humanité : à cet égard, il nous faut, pour être juste, rendre ici un hommage mérité à M. Justin Godart, qui eut le premier l'idée de créer au Val-de-Grâce le service des Archives et Documents de Guerre : c'est un musée où l'on ne doit entrer que la tête découverte et qui montre aux visiteurs ce qu'a fait le génie du mal, le génie de la guerre pour torturer notre pauvre humanité. On y trouve les inventions sinistres qui asphyxient, les engins qui tuent, toutes les blessures et celles-là surtout qui rendent hideux ce qu'il y a de plus noble chez l'homme : le visage, reflet de l'intelligence et miroir des émotions.

Mais on y voit aussi l'admirable effort de la science, qui s'insurge contre la barbarie, qui lutte contre la mort et contre les infirmités.

Et c'est pourquoi celui qui vient au Musée du Val-de-Grâce pour s'instruire dans la science médicale doit y trouver encore un plus haut enseignement : car devant lui se déroule une des scènes les plus pathétiques de cet éternel combat qui, depuis le commencement des siècles, met aux prises l'esprit de bonté et de lumière avec les forces ténébreuses qui tendent inlassablement à rejeter dans la nuit tous ceux qui travaillent pour le progrès, la justice et l'humanité.

Mais la tâche du sous-secrétariat d'Etat ne pouvait se cantonner strictement sur le terrain militaire; elle devait fatalement avoir sa répercussion d'abord et son prolongement ensuite sur le terrain social.

On comprend, en effet, que les questions de retraite, de rééducation des mutilés sont au premier chef des questions d'ordre social. Dès son installation le sous-secrétaire d'Etat se préoccupa de la liquidation des pensions de retraite et des gratifications.

Nous en étudierons ultérieurement le mécanisme : indiquons seulement ici que la Commission consultative médicale fut élargie, les organes d'expertise réorganisés, et qu'à l'heure actuelle il n'existe plus aucun retard dans l'examen des dossiers de retraite et de gratification soumis à l'étude de la Commission consultative.

L'appareillage des mutilés n'existait pour ainsi dire pas en juillet 1915 : il fallut pourvoir à l'organisation et aux besoins de ce service. Pour cela des centres d'appareillage furent créés dans les grandes villes du territoire, sous la direction de médecins qualifiés; — une commission dite d'orthopédie, composée de chirurgiens orthopédistes et de fabricants d'appareils, détermina les modèles types; — la presque totalité de la fabrication française fut réquisitionnée et dès lors nos glorieux mutilés purent être pourvus des appareils nécessaires, sans attendre d'autre délai que celui qui est imposé par l'état même de la mutilation.

Disons à titre documentaire que chaque mutilé a droit pendant toute son existence à deux appareils et que l'Etat prend à sa charge leur réparation et leur remplacement. Chaque mutilé est pourvu d'un carnet où sont exposés ses droits et où sont ménagés des feuillets témoins de la livraison des appareils.

Les centres d'appareillage furent bien


VUE EXTÉRIEURE DU MUSÉE DES ARCHIVES, AU VAL-DE-GRACE.

vite doublés de centres de rééducation professionnelle et d'écoles de rééducation dues à l'initiative privée ou à celle des municipalités.

La rééducation agricole fut l'objet d'une attention soutenue. Son importance sociale est en effet de premier ordre et ses conséquences incalculables pour la vie de la nation.

Au reste l'œuvre d'ensemble de la rééducation des mutilés est une de celles qui préoccupent le plus le sous-secrétariat d'État, et celle où se sont déjà employées sous sa direction les meilleures bonnes volontés.

A cet égard les plus intéressants des mutilés, les aveugles, sont l'objet de toute la sollicitude qu'ils méritent; une plume plus autorisée exposera d'ailleurs aux lecteurs tout ce qui a été fait en leur faveur.



HOPITAL SANITAIRE (HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 39, A SOLESMES).



CENTRE D'APPAREILLAGE ET DE RÉÉDUCATION DE RENNES
ATELIER D'ORNEMANISTES (RÉÉDUCATION).

La réalisation de la vaccination antithyphoïdique dans l'armée, l'organisation de la lutte contre les maladies infectieuses, par la création des adjoints techniques, ont également une importance sociale considérable. Poursuivie de concert avec l'administration préfectorale, celle-ci a donné les plus heureux résultats.

Mais il fallait lutter aussi contre les affections vénériennes. Dans toutes les guerres, aussi bien celles du moyen âge que des temps modernes, on a vu ces maladies prendre de l'extension. Pour les combattre, des conférences furent faites dans les corps de troupe, des tracts furent distribués, mais surtout des hôpitaux et des dispensaires furent créés, où les malades peuvent recevoir les soins et les conseils nécessités par leur état.

A cet égard, les dispensaires recevant les ouvriers des usines en dehors des heures de travail, ont rendu les plus grands services.

Mais la guerre actuelle a aussi posé avec une acuité singulière un problème qui datait d'ailleurs du temps de paix, c'est celui de la tuberculose.

Le Service de Santé a organisé des services de triage pour les malades atteints ou suspects de cette affection, créé des hôpitaux sanitaires, où ils reçoivent les soins nécessités par leur état et l'éducation hygié-



Photo Musée du Val-de-Grâce.

HÉLIOTHÉRAPIE POUR L'ENSEMBLE DES HOPITAUX DE CANNES.

nique qui leur permettra de ne pas être nuisibles à leur entourage. Enfin, de concert avec le ministre de l'Intérieur, une organisation spéciale, aboutissant aux stations sanitaires du ministère de l'Intérieur, permet de suivre le malade quand il a été réformé et rendu à la vie civile.

Cet exposé un peu bref de l'œuvre sociale du sous-secrétariat d'Etat du Service de Santé ne donne qu'une idée imparfaite des efforts qui ont été déployés dans ce sens et de l'importance des résultats obtenus.

Est-il besoin de dire que le corps médical s'est consacré à cette tâche avec le zèle et le dévouement qu'il apporte et qu'il apportera toujours aux œuvres d'humanité ?

La lutte contre la tuberculose a été engagée efficacement et sur un large terrain, l'organisation du territoire au point de vue hygiénique et épidémiologique a été, sinon complètement réalisée, du moins largement ébauchée.

Il semble que cette œuvre doive avoir un lendemain, et qu'esquissée avant la guerre elle doive se continuer, plus féconde encore, après la paix.

Et, pour cela, il faut que la transition entre la période de guerre et l'organisation du temps de paix soit pour ainsi dire insensible. Le moyen d'y parvenir, c'est de grouper dans les mêmes mains tout ce qui touche à la santé publique, militaire et civile.

L'unité d'action, disons mieux, l'unité de front contre la maladie, aussi bien dans les milieux civils que dans les milieux militaires, paraît bien être la vraie formule. Elle doit aboutir à la création d'un ministère de la Santé publique. Il aura certes une lourde tâche, à laquelle devra s'ajouter l'impérieux souci de laisser aux médecins l'indépendance qui est la base même de leur profession — profession libérale par excellence ! — et qu'ils méritent à un haut degré par leur esprit de dévouement et d'abnégation.

Dr SCHEFFLER

Membre de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.



VISITE DE M. JUSTIN GODART, SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT DU SERVICE DE SANTÉ, DANS UNE TRANCHÉE.

CHAPITRE V

LE SERVICE DE SANTÉ ET LE PARLEMENT

L'ŒUVRE DES COMMISSIONS

Le Parlement a considéré comme un de ses devoirs les plus essentiels d'étudier et de contrôler le fonctionnement, au cours de cette guerre, de tous les services qui intéressent l'armée. Il a donné une particulière attention au Service de Santé. En dehors des commissions de l'armée, des finances et du budget, qui, au Sénat et à la Chambre des Députés, ont été amenées à se préoccuper de ce service, une commission spéciale, celle de l'hygiène publique de la Chambre, lui a consacré la plus grosse part de son activité, au cours de ces trois dernières années.

La Commission de l'Hygiène publique.

La Commission de l'Hygiène publique est une des dix-neuf grandes commissions permanentes que la Chambre des Députés nomme au scrutin de liste, au début de chaque législature. Elle est composée de quarante-quatre membres, choisis proportionnellement parmi tous les groupes.

En dehors de son travail purement législatif (examen de projets ou propositions de loi), la commission a le devoir de se préoccuper, suivant que les circonstances l'exigent, et même en l'absence de tout projet les concernant, des grandes questions d'hygiène qui intéressent soit immédiatement, soit à plus ou moins lointaine échéance, l'intérêt public. Elle le fait en s'éclairant de l'avis de savants autorisés ; elle se documente au besoin sur place en envoyant des délégués en mission ; ses discussions sont suivies de démarches et d'interventions auprès du gouvernement.

Si, en certains cas, elle apporte à celui-ci des suggestions et des conseils, elle joue d'autre part, vis-à-vis de lui, le rôle d'un contrôleur, pour tout ce qui concerne les services d'hygiène, soit civils, soit militaires.

Une grosse collectivité comme l'armée ne pouvait que l'intéresser au premier chef et, sans vouloir remonter loin, il est bon de souligner que, quelques mois avant la guerre, à la suite du dépôt d'une proposition de résolution de MM. Doizy, Lachaud, Siegfried et Vaillant sur l'hygiène des casernements, la commission de l'hygiène publique avait, sous la direction de son président M. le Dr Lachaud, mené une enquête très sérieuse sur tout le territoire et visité la plupart des nouvelles casernes, dont le vote de la loi de trois ans avait rendu l'édification nécessaire.



VISITE DE M. LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT DU SERVICE DE SANTÉ JUSTIN GODART ET DE M. LE DÉPUTÉ DOIZY, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE, A L'HOPITAL D'ÉVACUATION D'AUVE (MARNE), LE 1er AVRIL 1916.

La guerre éclate : le Parlement n'est convoqué qu'à la fin de décembre 1914. Dès le 21, après avoir entendu le directeur du Service de Santé au Ministère, la commission juge nécessaire de demander au ministre l'autorisation d'aller jusqu'aux tranchées se rendre compte de l'état sanitaire des troupes et de visiter les formations sanitaires du front. Elle nomme immédiatement des rapporteurs chargés



LE DOCTEUR DOIZY, DÉPUTÉ, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE, AU CENTRE D'ÉDUCATION PHYSIQUE DE JOINVILLE-LE-PONT.

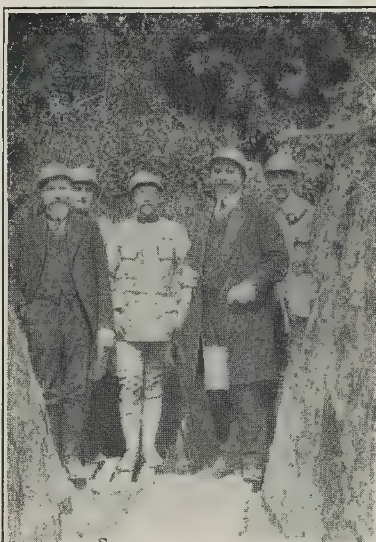
d'étudier les questions suivantes : utilisation des médecins suivant leurs compétences, prophylaxie des maladies infectieuses, équipement d'hiver du soldat, hygiène de la tranchée, évacuation, sélection, traitement chirurgical précoce des blessés, ambulances, etc. Le généralissime ne permettant au président de faire son enquête qu'en dehors de la zone des opérations et accompagné d'un seul de ses collègues, la commission vote, le 4 janvier 1915, un ordre du jour constatant cette situation et « regrettant en conséquence de ne pouvoir donner suite à son projet d'études ». Cet ordre du jour soulève quelque émotion : le ministre vient, le 14 janvier, expliquer que le général en chef a la responsabilité de toutes les opérations, que par suite, lorsqu'il s'agit d'autoriser à se rendre dans la zone des armées, lui, ministre, n'est qu'un intermédiaire qui pose la question au général en chef : il s'engage à consulter celui-ci à nouveau. Deux jours après, quatre membres de la commission sont *autorisés* à voyager simultanément dans la zone des armées, à la condition qu'ils soient obligatoirement accompagnés du directeur-général du Service de Santé du groupe des armées d'opérations.

Du 17 janvier au 17 février, trois sous-commissions, composées chacune de quatre membres, visitent le front et un rapport général rédigé par MM. les Drs Doizy, Guiraud, Legros, Merlin, Navarre et Pottevin est définitivement accepté par la commission, le 27 avril 1915.

Malgré les difficultés rencontrées par les délégués au cours de leur mission, celle-ci ne fut pas sans intérêt et il est utile de faire remarquer qu'un certain nombre de desiderata, exprimés par la commission, ont fini avec le temps par recevoir satisfaction. Nous espérons que Gouvernement et G. Q. G. ne s'en tiendront pas là.

Rendant tout d'abord hommage aux officiers du Service de Santé, qui individuellement ont donné, depuis le début de la guerre, de si nobles exemples d'intelligente initiative, de bravoure et de courage, qui, nombreux, sont tombés glorieusement avec leurs jeunes médecins auxiliaires et leurs brancardiers aux côtés de nos admirables soldats, la commission propose ensuite, dans ce rapport, toute une série de mesures susceptibles d'assurer aux hommes de meilleures conditions d'existence, de traitement et d'évacuation.

Elle insiste sur la *propreté*, au sens strict du mot, des camps et cantonnements et invite nos autorités militaires à s'inspirer de l'excellente tenue, de la *décence*, des camps britanniques, sur la lutte contre les poux, les mouches et les moustiques, sur les désinfections, sur l'enterrement et l'incinération des cadavres. Sur sa demande, des expériences d'incinération de corps non identifiés furent faites dans la 1re armée. Une proposition de loi sur l'incinération, rapportée par la commission, votée par la Chambre, ne fut pas acceptée par le Sénat.





UNE AMBULANCE SOUTERRAINE AU CHEMIN DES DAMES. LES DOCTEURS DOIZY ET NAVARRE, DÉPUTÉS, DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Pour l'hygiène individuelle du soldat, la commission demande qu'on assure à l'homme la faculté de procéder à sa toilette journalière, qu'on évite la fréquence des contagions typhiques par la voie manuelle grâce à une toilette des mains délibérément poursuivie, qu'on pense un peu plus pratiquement aux soins de la bouche, qu'on veille au changement fréquent du linge de corps.

Constatant les méfaits de la fièvre typhoïde, elle réclame des mesures plus sérieuses sur l'approvisionnement en eau potable ; elle approuve les instructions du commandement

concernant la surveillance des eaux de boisson, l'établissement et la désinfection des feuillées, les douches, la destruction des parasites, l'incinération des détritus, la préservation des accidents dus au froid, les vêtements, l'alimentation; mais se plaint toutefois très vivement que le commandement ne tienne pas suffisamment la main à l'exécution des prescriptions du Service de Santé. Elle insiste tout particulièrement sur la confiance trompeuse que peuvent inspirer les analyses d'eaux, observant avec juste raison que, dans la zone des opérations, toutes les eaux doivent être considérées comme suspectes et ne doivent être bues qu'après épuration. Pour éviter les résistances du G. Q. G., elle suggère au ministre l'idée de recruter à l'intérieur des équipes chargées, les unes de l'épuration des eaux potables, les autres de l'hygiène des cantonnements.



LES DOCTEURS FOUCHER ET MERLIN, DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE, DANS LES TRANCHÉES DE GALLIPOLI.

Elle regrette que la vaccination antityphoïdique n'ait pu être, par suite des circonstances mêmes de l'entrée en campagne, pratiquée sur la totalité des troupes, avant leur départ pour le front ; elle demande, — et elle aura à revenir sur ce vœu à maintes reprises au cours des mois suivants — que les renforts soient toujours vaccinés au dépôt.

Passant à une autre maladie contagieuse, dont les cas furent trop nombreux au début de la guerre, elle regrette que ses constatations l'aient amenée à affirmer que les injections préventives de sérum anti-tétanique n'ont pas toujours été pratiquées dans les conditions fixées par les instructions et qu'au surplus l'approvisionnement prévu en sérum est beaucoup trop faible et rend nécessaire le recours à l'importation, dangereuse en la circonstance.

Elle rappelle que, pour les troupes de l'intérieur, l'application rigoureuse des desiderata par elle formulés au sujet des conditions qui devaient être remplies pour l'incorporation, l'instruction et l'entraînement de la classe 1913 est une condition essentielle du maintien d'un bon état sanitaire. Elle insiste sur la nécessité d'une action plus coordonnée, dans la prophylaxie des maladies contagieuses, entre les services militaire et civil, sur le défaut d'isolement des convalescents, dans certains hôpitaux et non des moindres, sur les mesures de surveillance à prendre à l'égard des prisonniers, en ce qui concerne surtout le choléra, dont une épidémie a sévi sur les populations et l'armée austro-hongroises. Elle réclame une dotation plus large en personnel et en matériel des laboratoires d'armée, et un contact plus étroit entre ceux-ci et les médecins régimentaires, auprès desquels elle voudrait les voir détacher régulièrement et temporairement des hygiénistes, des bactériologistes, des chimistes, des géologues.



LE DOCTEUR DOIZY, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE, AUX LIGNES DE BÉTHENY. LE CIMETIÈRE.

Abordant la question si angoissante de la relève et du transport des blessés, des soins précoces à leur donner, question qui avait soulevé l'émotion de tout le pays au moment de la bataille de la Marne, la commission souligne d'une part l'insuffisante utilisation des brancardiers de corps, d'autre part le rôle essentiel des brancardiers divisionnaires et régimentaires. Malgré les suggestions qu'elle formule et les sacrifices qu'elle demande au commandement de consentir en faveur de ces deux dernières catégories, elle n'a pas pu jusqu'à ce jour obtenir sur ce point la réalisation de ses desiderata : bien au contraire, le commandement a versé dans les unités combattantes des hommes, qui, dès la paix et depuis le début de la guerre, avaient acquis les connaissances et l'expérience nécessaire pour remplir une tâche délicate et périlleuse.

Convaincue du danger septique que font courir les blessures par projectiles d'artillerie, la commission veut qu'on assure à nos soldats, le plus tôt possible après la blessure, les soins chirurgicaux



L'INFIRMERIE DE MOUDROS.

modernes : qu'on multiplie les voitures automobiles, qu'on les amène aussi près que possible des postes de secours; que, contrairement à ce qui a été souvent la règle pendant les premiers mois de la campagne, on n'évacue pas immédiatement les blessés atteints de plaies pénétrantes du crâne, de la poitrine, de l'abdomen, de grands fracas osseux, de lésions de la moelle épinière, de plaies vasculaires pouvant entraîner une hémorragie mortelle; elle veut que ceux d'entre eux qui ont besoin d'une intervention immédiate la reçoivent sans tarder. Elle réclame que les évacuations par voie ferrée soient accélérées et se fassent par trains sanitaires chauffés, à intercommunication totale, et elle ne cessera au cours de ces longs mois de guerre de renouveler ce vœu. Elle veut que, d'une façon absolue, les compétences soient utilisées au mieux des intérêts des blessés et des malades. Elle démontre l'utilité d'un roulement régulier entre les médecins de la zone de l'intérieur et ceux de la zone des armées, et dans celle-ci, entre les médecins de l'avant et ceux de l'arrière.

Consciente des nécessités de la défense nationale, elle déplore les abus, observés par ses sous-commissions, dans les formations auxiliaires de l'intérieur, où les médecins non militarisés ne jouissent pas de l'indépendance nécessaire et où la haute autorité ne leur appartient pas; elle désire plus de vigilance et d'activité du contrôle régional, souhaite le rajeunissement du personnel des directeurs et des sous-directeurs et l'extension de leur initiative.

Voilà, dans ses grandes lignes, le résultat de la première collaboration de la Commission de l'hygiène publique avec le Service de Santé : la commission s'inspirera toujours par la suite des directives tracées dans ce rapport non publié et dont seuls des extraits ont paru au *Journal Officiel* en octobre, après de longs pourparlers avec le ministre; les événements ultérieurs ont prouvé qu'elle avait vu juste dès le premier jour.

Elle poursuivra inlassablement ses investigations, réclamant sans cesse une liaison plus effective entre les armées et le ministère. A l'intérieur, presque toutes les régions sont visitées. La plupart des missions sont consacrées aux classes jeunes nouvellement incorporées; les autres ont pour objet l'alimentation des troupes, la vaccination antityphoïdique, le fonctionnement des services hospitaliers, des établissements de physiothérapie, de neurologie, la prophylaxie du paludisme, des maladies vénériennes, de la tuberculose, l'aviation sanitaire, etc., etc.

Des difficultés surgissent dans l'accomplissement du contrôle : sentant la nécessité de pouvoir faire des visites inopinées sur le front, la commission se heurte d'abord à un refus formel, elle décide de donner sa démission collective dans les huit jours et de saisir la Chambre de l'incident; la délégation des groupes se constitue et invite le gouvernement à assurer définitivement l'exercice régulier et permanent de ce contrôle : un nouveau *modus operandi* est précisé.

Derechef des délégations sont envoyées dans les différentes armées; quelques-unes vont se documenter chez nos alliés; des missions spéciales sont consacrées aux gaz asphyxiants, aux fraudes alimentaires, aux ambulances automobiles chirurgicales, etc. Deux délégués partent aux Dardanelles et, dès leur retour, la commission réclame une



LOGEMENT DES MÉDECINS DE L'INFIRMERIE DE MOUDROS.
DOCTEURS FOUCHER ET MERLIN, MÉDECIN-MAJOR GALLEY MÉDECIN-CHEF DE LA PLACE.



Phot. Henri Manuel Aristide Quillet, *Edit.* Hélio-Sadag, *Genève*



LES DOCTEURS NAVARRE ET DUMONT, DÉPUTÉS, DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE AUX EXPÉRIENCES D'INCINÉRATION (Ire ARMÉE).

amélioration immédiate du service de transport des malades et blessés, un aménagement spécial en bateaux-hôpitaux des bâtiments utilisés, une autonomie plus grande du Service de Santé à l'égard du commandement et de la marine, une relève « régulière » des hommes, des officiers et du personnel médical, l'interdiction d'envoyer des renforts non vaccinés contre la typhoïde et le choléra, etc.

A la tribune, la commission se fait un devoir d'intervenir dans chacune des grandes discussions qui ont trait à l'incorporation des classes nouvelles que la prolongation de la guerre nous force à lever. Elle fait prévaloir la nécessité de précautions toutes spéciales pour le recrutement des conscrits, la date de leur incorporation. Elle dresse le cahier de ses revendications, envisageant successivement tout ce qui a trait à l'aménagement, à la désinfection, au chauffage des locaux, au couchage, à l'habillement, à la chaussure, à l'alimentation, au choix des cantonnements d'instruction, à l'entraînement et à la répartition, en vue de l'instruction, des recrues en catégories prudemment sélectionnées. Constatant que malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouvent les hommes aux armées, leur état sanitaire est meilleur au point de vue maladie que celui de leurs camarades de l'intérieur, elle insiste sur tous les dangers de la vie à la caserne, sur les nombreuses conditions de propagation de germes transmissibles, d'infection, de contagion, que comporte toute vie collective.

On voit que, si d'autres commissions ont fait plus de bruit, celle de l'hygiène publique a modestement accompli son devoir. Dans ses entrevues régulièrement mensuelles avec M. le sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, elle a constamment essayé d'apporter à celui qui a la lourde charge d'un si important service sa collaboration la plus complète et la plus cordiale.

Et, ce faisant, elle pense n'avoir pas été indigne de ce poilu admirable qui, au prix de souffrances indicibles, a sauvé la France, et qui, pauvre chair meurtrie, a eu la douce consolation de voir se pencher sur lui, attentifs à sa douleur, et la science et le cœur de tous ceux et de toutes celles qui ont l'honneur d'appartenir au Service de Santé.



LES DOCTEURS FOUCHER ET MERLIN, DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE A LEMNOS

Commission supérieure consultative du Service de Santé

La Commission supérieure consultative du Service de Santé est une création de guerre.

Un décret en date du 8 avril 1914 avait institué au département de la guerre une commission chargée, sous l'autorité du Service de Santé militaire, de coordonner les offres de concours faites au Ministère en vue de la création d'ambulances, d'hôpitaux et d'établissements similaires. Les initiatives généreuses furent nombreuses pendant les premières semaines de la guerre et la commission, présidée par M. L. Barthou, député, ancien président du Conseil, apporta au ministre une collaboration utile et autorisée.

Mais, dès les premiers jours de 1915, il apparut à M. Millerand, alors ministre de la Guerre, que cette commission n'avait plus de raison d'être ; les offres de concours allaient, normalement, en se raréfiant chaque jour.

Reconnaissant d'une part que les conditions de la lutte avaient fait apparaître des nécessités nouvelles auxquelles il importait de pourvoir, et que, d'autre part, l'expérience des derniers mois avait montré l'opportunité de modifier sur certains points les prévisions primitives, il estima utile de confier l'étude des problèmes qui se posaient dès lors à son département à une commission spéciale, peu



LES DOCTEURS GUIRAUD, NAVARRE ET MERLIN, DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE, EN ALSACE.



LES DOCTEURS FOUCHER ET MERLIN ACCOMPAGNÉS DU GÉNÉRAL BAILLOUD ET DU MÉDECIN PRINCIPAL PICQUÉ, CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS, SUR LE QUAI DE DÉPART A SED-UL-BAHR.

nombreuse, composée de membres qualifiés par leur situation, leur expérience ou leurs travaux antérieurs.

Par décret du 7 janvier 1915, la commission nouvelle, composée de vingt et un membres choisis dans le Parlement, dans les grands corps scientifiques et dans l'armée était constituée et placée sous la présidence de M. de Freycinet, président de la commission de l'armée du Sénat. Elle a pour objet, dit le rapport au Président de la République, « de rechercher ou de compléter les améliorations et les perfectionnements qu'il convient d'apporter au Service de Santé militaire, sur le territoire national et aux armées ».

Par décret du 22 novembre 1915, la commission se vit adjoindre vingt-six nouveaux membres, dont une délégation de la Commission de l'hygiène publique de la Chambre. Elle reçut le nom de « Commission supérieure consultative » et fut placée sous la présidence de M. L. Barthou. Elle compte actuellement quarante-quatre membres.

De par son décret de création, la commission n'était pas purement consultative, elle avait droit d'initiative ; elle en usa largement. A la suite de nombreuses visites au front, elle condensa ses avis en deux rapports parus les 10 mars et 31 octobre 1915 au *Journal Officiel.* Un troisième rapport est en préparation.

Dans son premier rapport la C. S. C. S. S. demande l'augmentation des voitures des sections sanitaires automobiles ; la création, à raison d'une par corps d'armée, de formations sanitaires chirurgicales de l'avant, destinées au traitement opératoire d'urgence des blessés graves ; l'augmentation et l'amélioration des trains sanitaires ; le déplacement vers le front de la partie sanitaire des gares régulatrices ; l'utilisation des compétences professionnelles ; l'amélioration de la situation des médecins, pharmaciens et dentistes ; l'établissement d'une « liaison étroite entre le Service de Santé aux armées, le commandement en chef et le ministre » ; l'application plus rigoureuse de la loi sur la vaccination antityphoïdique obligatoire ; l'accélération des réapprovisionnements en médicaments, instruments et objets de pansement ; la simplification du fonctionnement administratif des formations sanitaires ; l'affectation de formations spéciales aux typhoïdiques et aux contagieux ; la classification plus rigoureuse des établissements hospitaliers, tant publics que privés, et leur inspection plus fréquente ; l'interdiction du maintien des blessés et des malades dans les établissements hospitaliers après leur guérison ; diverses mesures relatives aux hôpitaux de la Croix-Rouge et aux dépôts d'éclopés, etc., etc.

En octobre, la C. S. C. S. S. insiste à nouveau sur l'augmentation des voitures automobiles. Elle demande la revision, par des chirurgiens compétents et renseignés, de la liste des chirurgiens de carrière, dressée par les services du ministère ; l'établissement de listes de spécialistes (oculistes, radiologues, psychiatres, etc.) ; le resserrement de la liaison entre la zone des armées



UNE AMBULANCE EN ALSACE.
LES DOCTEURS GUIRAUD, NAVARRE ET MERLIN DÉLÉGUÉS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE.

et celle de l'intérieur ; l'assainissement complet des tranchées, du champ de bataille et des cantonnements ; un examen plus rigoureux des hommes appelés à passer devant les conseils de revision ; des améliorations dans le fonctionnement des hôpitaux-dépôts de convalescents ; l'envoi aux formations de l'avant d'instructions d'ordre chirurgical au sujet de l'évacuation des grands blessés, etc., etc.

Depuis le dépôt de ce dernier rapport, la commission a émis toute une série de vœux relatifs au choix des chefs de secteurs chirurgicaux ; à l'augmentation de leur nombre ; à la centralisation plus grande des centres de physiothérapie ; à l'incorporation dans le S.S. des étudiants en médecine de la classe 1917 ; à l'institution d'un conseil technique médico-chirurgical chargé d'organiser la liaison des chirurgiens et des médecins de l'avant entre eux et avec ceux de l'intérieur ; au fonctionnement des services pharmaceutiques et des laboratoires de toxicologie dans la zone des armées ; à l'institution d'un livret médical ou carnet sanitaire qui, suivant chaque blessé depuis l'ambulance, permettrait la simplification des écritures médicales et fournirait, aux lieu et place des feuilles actuellement utilisées à cet effet, les bases d'une statistique scientifique ; aux droits des blessés ; au fonctionnement des commissions de réforme et à l'utilisation des compétences pour leur composition ; au classement en deux catégories (aptes et inaptes à servir dans la zone des armées) des hommes du service auxiliaire ; à la rééducation professionnelle par les centres de physiothérapie et par les travaux de l'atelier et des champs ; à la nécessité d'inspections inopinées venant de haut et de loin et de sanctions immédiates ; à la consultation des corps qualifiés pour toute organisation d'enseignement chirurgical ou médical ; aux soins à donner à la population civile, etc., etc.



LE DOCTEUR POTTEVIN, UN DES SECRÉTAIRES DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE, EXPÉRIMENTE, A BORD DU " *Condorcet* ", UN APPAREIL DE SON INVENTION ADOPTÉ PAR LA MARINE, POUR LA PROTECTION CONTRE LES RETOURS DE FLAMMES.

Cette énumération, d'ailleurs très incomplète, indique, mieux que des phrases louangeuses, l'activité de la C. S. S. On a beaucoup médit des commissions extra-parlementaires et raillé souvent l'intermittence de leurs travaux. On ne pourra reprocher à la Commission supérieure de n'avoir rien fait : au cours de ses séances de quinzaine, elle a abordé l'examen de toutes les questions intéressant la santé de nos soldats : les plus grands représentants de la science chirurgicale et médicale lui ont apporté leurs concours.

Le Service de Santé ne pourra que lui savoir gré des initiatives heureuses qu'elle a prises, des suggestions incessantes qu'elle a formulées ; elle a, pour une large part, contribué à adoucir les maux de la plus terrible des guerres ; elle peut être fière de la besogne accomplie.

D[r] H. DOIZY, député,
Président de la Commission de l'hygiène publique,
Vice-président de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

CHAPITRE VI

LES BLESSURES DE GUERRE ACTUELLES
ET
LES TRANSFORMATIONS RÉCENTES DU SERVICE DE SANTÉ

AVANT la guerre actuelle nous ne connaissions les blessures causées par l'armement moderne que par les relations des guerres anglo-boër, sino-japonaise et russo-japonaise et, plus récemment encore, des deux campagnes des Balkans. Les enseignements qui en sont résultés n'avaient pas une portée très générale. Beaucoup de documents rapportés par les médecins envoyés en mission ne présentaient qu'une valeur restreinte, parce que ceux-ci n'avaient souvent observé que des catégories de blessés déjà triés et évacués, les autres, les plus graves, étant restés à l'avant; et parce que, d'autre part, les belligérants ne faisaient pas un usage aussi intensif de l'artillerie. Aussi les statistiques tendaient-elles à démontrer que la plus grande partie des blessures observées étaient produites par la mousqueterie.

Nous ne voulons pas souligner le contraste existant entre ces statistiques et les leçons de la lutte actuelle. Nous ne parlerions même pas de l'erreur qui fut commise en tirant de ces faits particuliers, observés dans des conditions spéciales, des conclusions trop générales, si ces dernières n'avaient servi de directives pour l'élaboration du Service de Santé en campagne, tel qu'il fut codifié par le règlement le plus récent. Sous l'empire de ces idées, on suppose qu'on n'aura affaire pour l'immense majorité qu'à des blessures par balle de fusil; qu'en dehors des cas où ils auront atteint un organe essentiel à la vie, amenant une mort rapide, ces projectiles humanitaires produiront des blessures bénignes devant guérir rapidement. En effet, animés d'une grande vitesse, ils traversent les tissus comme un coup de trocart. Ils n'entraînent avec eux aucuns débris vestimentaires. Rarement ils restent inclus dans la plaie. Les fractures qu'ils produisent (en mettant, bien entendu, à part les coups tirés à courte distance et causant des effets explosifs) sont de véritables fractures fermées et évoluent comme telles. Un peu de teinture d'iode sur les orifices, le paquet individuel de pansement appliqué immédiatement, voilà de quoi maîtriser l'infection et la retarder autant qu'il sera nécessaire. Dès lors il suffit « d'emballer » le malade pour l'expédier au loin. C'est à l'arrière que se donneront les soins chirurgicaux.

L'action chirurgicale, dès lors réduite aux cas d'urgence, ne s'exercera que dans les hôpitaux de campagne sur les blessés intransportables; encore sera-t-elle forcément limitée et restreinte par les conditions mêmes dans lesquelles elle est pratiquée. En somme, toute la conception du Service de Santé dans les ambulances de l'avant est la suivante : on n'y pratique guère d'intervention; on y panse et on y fait l'hémostase. D'ailleurs les hémorragies sont rares : on immobilise les fractures ; on estime que près de la moitié des blessés viennent à pied se faire panser. Les autres y sont transportés. En dehors de ces attributions, très réduites, comme on le voit, quant au nombre et à l'importance, le rôle à l'ambulance consiste aussi à renforcer les postes de secours. Pendant les accalmies du combat ou après celui-ci, des médecins ou des infirmiers munis de pansements se rendent dans les nids de blessés, dans les abris où ceux-ci se sont rassemblés spontanément.

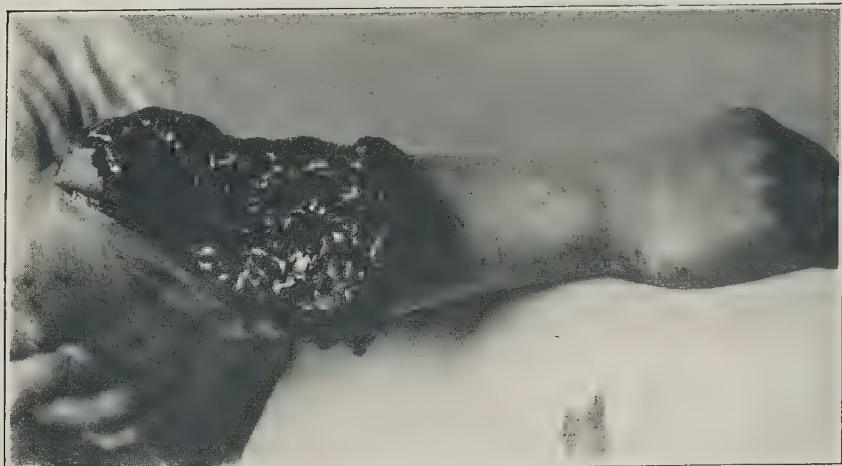


Photo Plisson.

PLAIE DE L'AVANT-BRAS PAR ÉCLAT D'OBUS.
Résection du tiers supérieur du cubitus.

Comme on prévoit qu'avec les effectifs énormes des armées modernes, la ligne sera forcément très étendue, on multiplie les ambu-

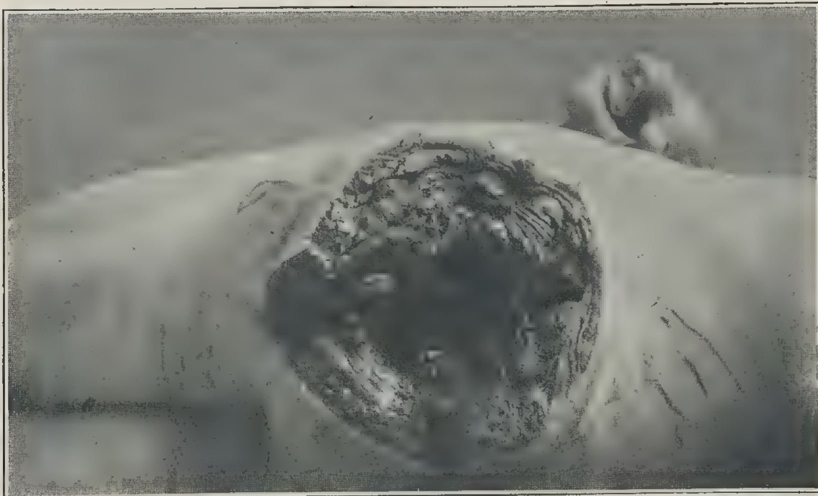


Photo Plisson

PLAIE DE LA FESSE PAR ÉCLAT D'OBUS.

lances en les réduisant, en les morcelant, et cela ne semble pas présenter d'inconvénients puisque, par définition, l'ambulance doit se borner à panser les blessés pour les mettre en état d'être évacués et que les interventions pratiquées dans cette formation ne seront que des opérations d'extrême urgence.

Pour les inévacuables c'est à l'arrière, dans les ambulances immobilisées et renforcées par les sections d'hospitalisation, qu'ils recevront les soins chirurgicaux que comporte leur état. Pour l'immense majorité des blessés, c'est à l'intérieur, dans les hôpitaux du territoire, que l'action chirurgicale s'exercera. Pourquoi en serait-il autrement ? Ce transport n'a aucun inconvénient ; les plaies ne sont pas infectées et leur évolution est bénigne.

Les blessés provenant des batailles de la Marne et de l'Aisne devaient donner un douloureux démenti à ce pronostic. Les blessés par projectiles d'artillerie étaient dans la proportion précisément inverse de celle qu'avaient établie les statistiques antérieures. On trouvait neuf à dix blessures par balles de shrapnell, éclats d'obus et plus tard de grenade, etc., pour une blessure par balle de fusil. Encore dans les coups tirés de près, celle-ci produit-elle des effets explosifs. Les plaies humanitaires se trouvaient ainsi remplacées par des lésions dues à des projectiles, ronds ou irréguliers, animés d'une vitesse relativement modérée, restant souvent inclus dans le foyer de la blessure et ayant entraîné avec eux des débris vestimentaires infectés. Au point de vue de la nature des agents vulnérants, de leur forme, de leur mode d'action, nous retrouvions les résultats observés dans les guerres d'autrefois avec les balles rondes de fusil et la mitraille.

Plus d'évolution simple. L'infection redevenait la règle, malgré la teinture d'iode et le pansement individuel. Et les blessés qui arrivaient dans les hôpitaux du territoire étaient atteints de gangrène gazeuse, de tétanos, de suppurations diffuses, etc. Il devenait évident que la thérapeutique des blessures de guerre — et avec elle l'organisation du Service de Santé — devait être complètement modifiée dans ses moyens et son action.

La chirurgie de l'avant ne pouvait plus se limiter à des actes préparatoires simples tels que pansements extérieurs et immobilisation, destinés à être complétés dans les hôpitaux des régions par des interventions plus complètes. C'était donner le temps aux agents septiques inclus dans la profondeur des plaies de se diffuser.

Les études histologiques et microbiologiques nous ont permis de préciser le processus et les étapes de ces infections et démontré la nécessité de l'intervention rapide. Mais la notion n'est pas nouvelle. A propos de l'amputation chez les blessés de guerre, Larrey considérait qu'elle devait être pratiquée immédiatement : « Les vingt-quatre premières heures, écrivait-il, sont les seules heures de calme que conserve la nature et dont il faut se hâter de profiter, comme dans toutes les maladies dangereuses, pour administrer le remède nécessaire. »

La chirurgie de l'avant ne peut donc plus se borner à des actes élémentaires, ainsi qu'on se l'était imaginé. Elle doit s'exercer d'une façon complète sur des blessés infectés ou qui vont le devenir. Elle doit arrêter cette infection encore localisée avant qu'elle n'ait eu le temps de se généraliser. Il faut inciser, débrider, nettoyer les foyers traumatiques, rechercher et extraire les corps étrangers, les esquilles.

C'est seulement ainsi que pourront être efficacement combattues les complications septiques des plaies de guerre, que d'après certaines statistiques récentes on croyait disparues ou qu'on avait pensé pouvoir ajourner et retarder et qui réapparaissaient plus terribles que jamais; en septembre et en octobre 1914 nous pouvions



Photo Plisson.

PLAIE DE LA FESSE PAR ÉCLAT D'OBUS.

constater que les blessés qui arrivaient après trois, quatre jours et même davantage dans les hôpitaux parisiens en donnaient l'éclatante et cruelle démonstration.

En présence de ces faits, il devint dès lors évident pour tous les chirurgiens de carrière que l'infection devait être prévenue le plus tôt possible, c'est-à-dire au voisinage du terrain même de la lutte ; que l'action chirurgicale devait émigrer de l'intérieur à l'avant et que les opérateurs devaient être rapprochés du front. C'est à proximité de celui-ci que de gros centres de pansements et d'opérations devaient être créés. Le principe était admis par tous les gens éclairés.

La nature et l'infection profonde des plaies, en nécessitant à l'avant des interventions chirurgicales multiples et délicates, imposaient des installations matérielles plus perfectionnées et plus complètes que celles du règlement de 1910. L'efficacité thérapeutique est intimement liée à la bonne organisation des centres chirurgicaux. Si, dans les guerres antérieures, pour des opérations graves, l'abstention systématique était devenue une règle trop souvent adoptée et contrastant avec les principes de la chirurgie civile, c'est que les interventions les plus indiquées, pratiquées dans un milieu défectueux, avaient le plus souvent abouti à des désastres. De là ces préceptes d'inaction qui semblaient faire croire qu'il y avait deux chirurgies : une militaire et une civile. Il n'en est rien. Tout est affaire d'organisation ; et, puisqu'il était indispensable dans les blessures de guerre d'intervenir vite, il fallait par des installations nouvelles et plus parfaites mettre le chirurgien en situation d'accomplir son œuvre réparatrice.

C'est à Marcille que revient l'honneur d'avoir démontré qu'il était possible d'installer et de déplacer une instrumentation et un matériel suffisants pour permettre de pratiquer une chirurgie utile sur le front.

Le principe de la première ambulance chirurgicale automobile qu'il a créée était la constitution d'une salle d'opération mobile pourvue de tous les appareils dont ne peut se passer le chirurgien et susceptible d'un grand rendement. En voici la description sommaire :

Un tracteur de cinq tonnes traînait une remorque divisée en trois segments :

1° Le segment médian portait une chaudière à pendentif et une cuisine autoclave. La chaudière assurait l'alimentation des autoclaves, l'ébullition de toutes les bouilloires, le chauffage de la salle d'opération. Ce segment moyen était séparé de celui de l'arrière par une cloison de bois et de tôle, que l'on raccordait à la paroi de la salle d'opération au moment du montage ;

2° Le segment arrière portait le laboratoire de stérilisation organisé pour un grand rendement avec deux autoclaves, des bouilloires chauffées par la vapeur et une grosse réserve d'eau stérilisée, alimentée par la chaudière. Il existait un alambic pour l'eau des sérums. Un gros radiateur fixé au bout des longerons de la voiture chauffait la salle d'opération. Sa puissance permettait d'avoir 24 degrés, alors que la salle était montée en plein vent et qu'il faisait dehors — 12 degrés. Cette salle à double paroi, de 4 mètres sur 6, était dressée autour du laboratoire de stérilisation. Son éclairage était assuré par une grande baie de 4 mètres sur 2, fermée par de l'émaillite. La nuit la lumière était fournie par un groupe électrogène ;

3° Le segment antérieur, en forme de cabine, portait le groupe électrogène et tout l'outillage électrique. C'est là que devaient être fixés les appareils de radiographie.

Il est à noter que les organes de ces trois segments étaient fixes, qu'ils ne devaient et ne pouvaient être retirés de leur voiture de transport. Ils étaient donc toujours prêts au départ, et, dès l'arrivée de la voiture, en état de fonctionner.

Le tracteur portait des casiers où était rangée toute la lingerie nécessaire à la salle d'opération. Quelques casiers étaient réservés aux objets de pansement et à la pharmacie. En ordre de route les panneaux de la salle d'opération étaient fixés à l'extérieur du tracteur.

C'est de cette création de Marcille que dérivent les vingt-trois ambulances automobiles chirurgicales qui ont fonctionné jusqu'ici. Elles ont rendu les plus grands services à nos blessés.

En 1916, on résolut de créer des organismes plus légers et on pensa



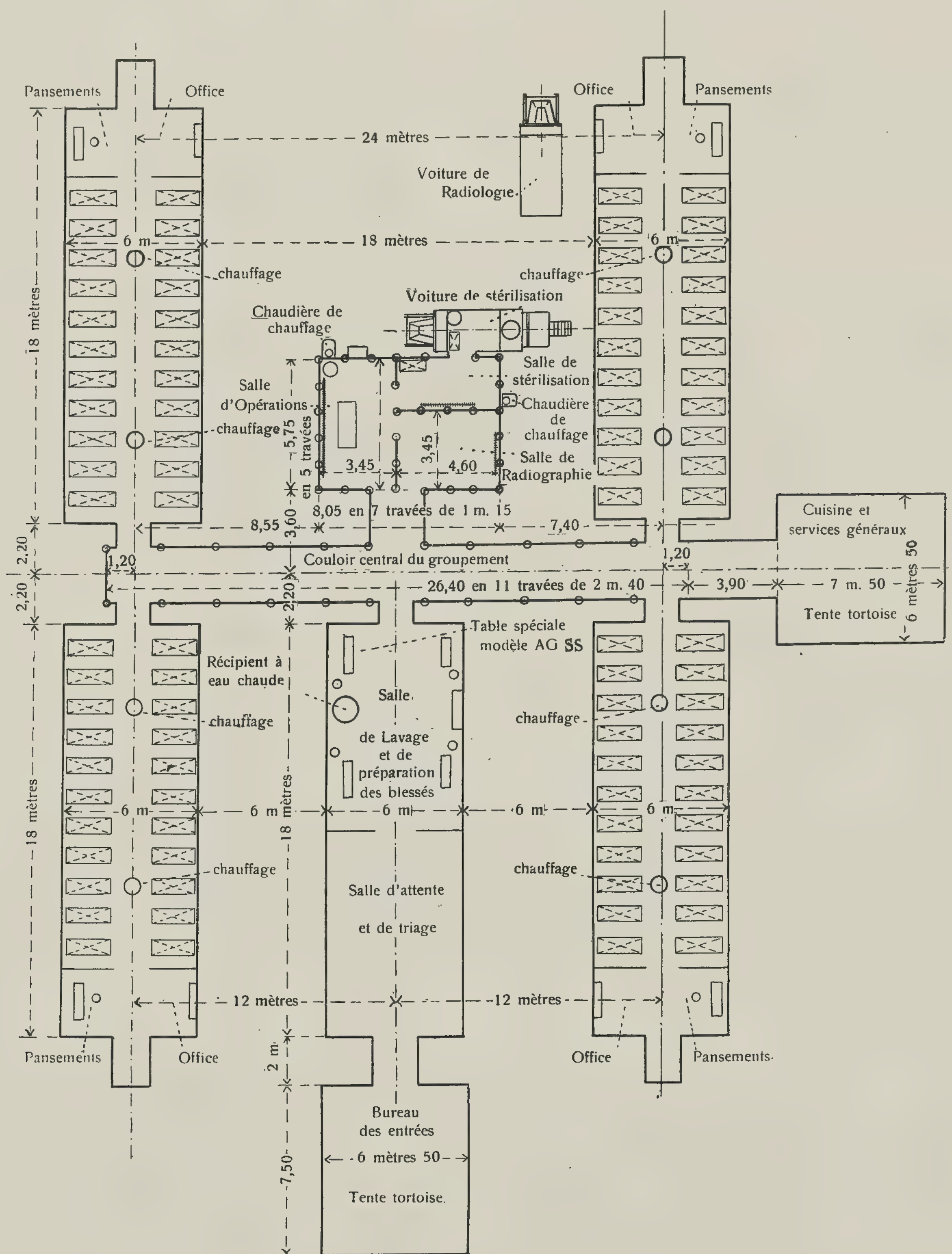
Photo Plisson.

CAMION DE STÉRILISATION DU GROUPE CHIRURGICAL « TYPE 1917 ».

Il pèse 3.000 kilos sur châssis " Unic " et 4.200 kilos sur châssis " Renault ". Ce dernier porte en outre un groupe électrogène branché sur le moteur, permettant d'éclairer tout ce groupement. Le camion de l' " auto-chir " qui n'avait pas un rendement supérieur pèse 7.400 kilos.

à doter toutes les ambulances de 1910 du matériel chirurgical qui leur manquait en leur adjoignant ce qu'on a appelé le *Groupe complémentaire de chirurgie*, qui comprend les moyens de stérilisation, d'éclairage, de chauffage, la radiographie et une petite salle d'opérations sous baraque : le tout porté sur une seule voiture automobile traînant une remorque.

Actuellement, on étudie un type d'ambulance chirurgicale qui bénéficiera des avantages de l'auto-chirurgicale et des groupes complémentaires de chirurgie en essayant de pallier à leurs inconvénients.



GROUPEMENT CHIRURGICAL EN ORDRE DE FONCTIONNEMENT.

Cette ambulance spécialisée sera légère, autonome, complète, c'est-à-dire permettant de recueillir, opérer et soigner sur place les intransportables. A cet effet, elle comprendra :

1° Une section administrative et du personnel avec une voiture automobile, une camionnette et une cuisine roulante. Ces éléments transporteront le matériel administratif de l'ancienne ambulance type 1910 et seront *le noyau* de l'ambulance avec un personnel spécialisé, divisé en trois équipes chirurgicales;

2° Une section de transport automobile du personnel prélevé au moment opportun sur les moyens de transport mis à la disposition des directeurs du Service de Santé;

3° Une section opératoire comprenant : une voiture de stérilisation et de matériel; une voiture de radiographie,



UN GRAND H. O. E. SUR LE FRONT.

et d'éclairage. Une baraque opératoire comprenant : une salle d'opérations à deux tables, une salle de stérilisation, une salle de radiographie ;

4° Une section d'hospitalisation comportant : un certain nombre d'unités semblables (éléments de sections d'hospitalisation) et comprenant chacun une véritable salle de blessés avec tous ses accessoires (tentes, lits, petite salle de pansement, office, accessoires de toutes sortes). Cette disposition rend autonome chaque élément de section et permet ainsi une grande élasticité dans l'hospitalisation des blessés qui ne doivent pas être évacués de suite.

L'ensemble de cette formation chirurgicale est formé de quatre parties qui peuvent être rendues indépendantes suivant les besoins. Sa légèreté permet de la pousser aussi loin que les ambulances divisionnaires, et cependant son confort chirurgical permet de l'utiliser n'importe où, comme élément de traitement et d'hospitalisation.

C'est donc à la fois un organisme chirurgical d'extrême avant, de première ligne ou d'étapes. — Plusieurs de ces organismes accolés formeraient très heureusement le noyau d'un hôpital d'évacuation.

Un type de cette ambulance est actuellement en construction. Il a été mis au point par le médecin-major Plisson, et porte le nom de *groupement chirurgical mobile de l'avant, type* 1917.

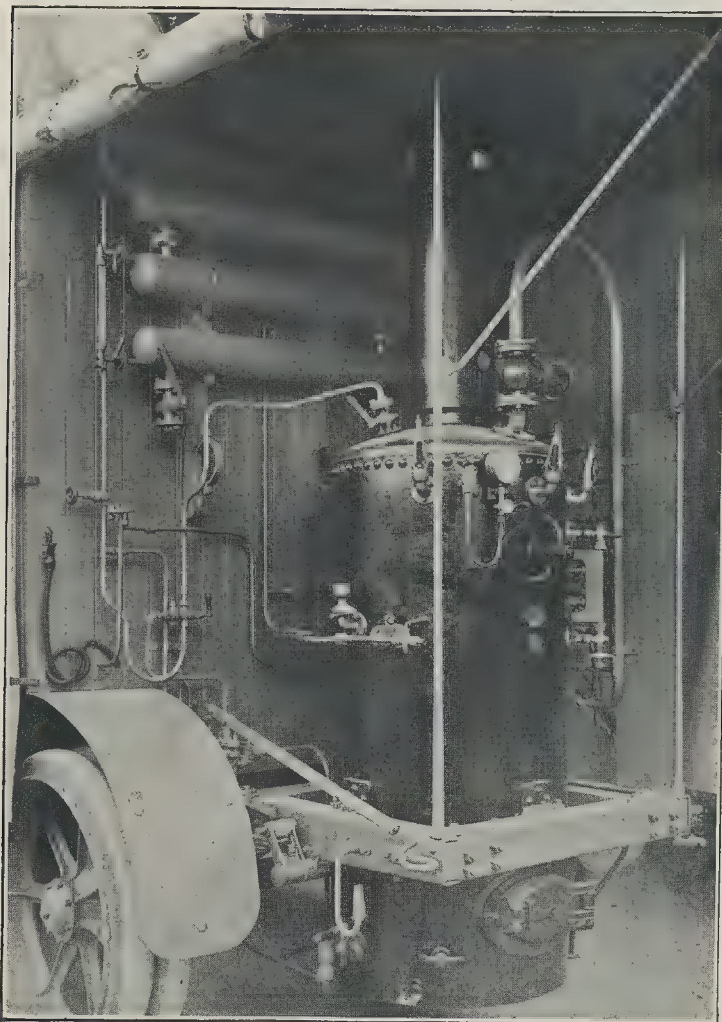
Telles sont les formations chirurgicales mobiles dont on dispose à l'avant. Mais là ne s'est pas borné l'effort.

La forme qu'a prise la guerre actuelle, en fixant et stabilisant nos troupes dans les tranchées, et la sécurité créée par cette défense en arrière des lignes ont permis d'établir à une distance peu éloignée de celles-ci de grands hôpitaux sous baraques. Ces centres d'hospitalisation des blessés sont munis de salles d'opération septiques et aseptiques, de salles de pansement, de radiographie. Des automobiles chirurgicales, des « auto-chir », comme on dit au front, y étaient annexées au début. Aujourd'hui elles peuvent être libérées du jour au lendemain et, dans la guerre de mouvement, se porter en avant avec les armées elles-mêmes. Ces hôpitaux, qui sont pour la plupart des hôpitaux d'évacuation, bien desservis par des sections sanitaires automobiles et des voies ferrées, permettent de traiter sur place les grands blessés. L'ennemi refoulé, ils deviendront des hôpitaux de seconde ligne qui constitueront une réserve précieuse et permettront d'éviter les évacuations à longue distance, parfois si dangereuses et si préjudiciables à certains blessés.

Voilà pour le matériel. Il était par ailleurs nécessaire, du moment où la chirurgie revenait de l'arrière vers l'avant, de recenser toutes les compétences chirurgicales, de les rassembler et de les grouper en équipes habituées à travailler sous les ordres du même chef et susceptibles de fournir dès lors un rendement plus intensif. Aux journées d'offensive, quand l'afflux des blessés se précipite et que l'action chirurgicale doit être permanente, des équipes peuvent ainsi se succéder jour et nuit, assurant la continuité des secours ;



H. O. E. AU FRONT. UNE SALLE D'OPÉRATIONS.
(Opération sous écran radiologique.)



AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE.
Voiture de stérilisation-chaudière.

mais cela ne peut suffire encore, car dans certaines circonstances, devant la foule sans cesse accrue des blessés réclamant des soins, le nombre des équipes devient insuffisant. Il est urgent de le renforcer.

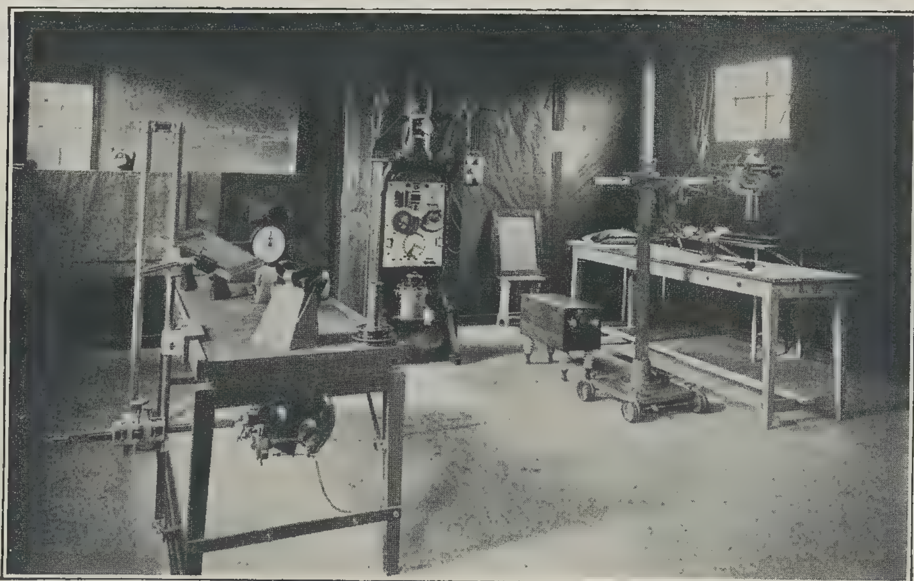
Par contre, en raison des conditions topographiques de la lutte et de la perméabilité inégale des différentes voies d'évacuation, tandis que certaines formations se trouvent momentanément débordées, d'autres situées au voisinage dans un rayon de 15 à 20 kilomètres reçoivent à peine quelques blessés. Leurs moyens d'action peuvent rester en partie ou en totalité sans emploi. A une plus grande distance encore, c'est le calme absolu. La situation pouvait donc se résumer en deux mots : surmenage d'un côté, inutilisation d'énergies de l'autre.

Le sous-secrétaire d'État du Service de Santé, par une organisation nouvelle, a porté remède à cette situation en instituant des équipes chirurgicales rationnellement composées et comportant un personnel stable, toujours le même pour chacune d'elles. Fonctionnant comme « unités opératoires », elles peuvent à un moment donné être transportées dans les points de la zone des armées où le travail est le plus intensif. Le bénéfice de cette mobilité est même étendu au territoire. Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette organisation ; nous nous bornerons à dire qu'elle constitue un très grand progrès qui permet de multiplier l'action des chirurgiens de carrière et de suppléer ainsi à leur insuffisance numérique.

On voit combien nous sommes loin du Service de Santé des premiers mois de la guerre et quelles transformations il a subies. Organisé pour donner aux blessés des soins élémentaires en vue de leur prompte évacuation et pour ne pratiquer d'opération que sur les intransportables et en cas d'urgence, il ne pouvait faire face aux besoins des luttes actuelles, dont les blessés réclament impérieusement, pour être mis à l'abri de l'infection, une action chirurgicale immédiate et complète. Afin de permettre de pratiquer en toute sécurité pour le blessé, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de moment et de milieu, les interventions que son état exige, il a fallu créer des moyens de transport rapide et adjoindre des organisations matérielles nouvelles ; il a fallu sélectionner, rassembler et grouper le personnel technique compétent, jusque-là disséminé partout sans considération d'aptitude.

Nous ne surprendrons personne en disant que ces transformations profondes ne se sont pas opérées du jour au lendemain, dès qu'elles ont été reconnues indispensables. Toute réforme ne va pas sans heurter des habitudes, des amours-propres et des préjugés. Toucher, en pleine guerre, à un organisme que certains croyaient parfait, pour porter remède aux insuffisances et aux inadaptations les mieux démontrées, semblait tout au moins une imprudence. Aussi les suggestions des Commissions compétentes et des Sociétés Savantes se heurtaient à des obstacles incessamment renouvelés.

Il ne fallut rien de moins pour inaugurer une ère de progrès définitif que la volonté tenace autant que clairvoyante du sous-secrétaire d'État du Service de



H. O. E. AU FRONT. UNE SALLE DU SERVICE CENTRAL DE RADIOLOGIE.



Photo Plisson

GROUPEMENT CHIRURGICAL AUTOMOBILE DE L'AVANT, TYPE 1917, DÉVELOPPÉ ET PRÊT A ENTRER EN ACTION.
Cette formation, offerte par le gouvernement français aux armées russes, a été exposée, avant son départ, au Grand Palais.

Santé. Successivement toutes les résistances ont été emportées et une amélioration rapide et continue de tous les éléments du Service a été réalisée, grâce à une utilisation rationnelle des compétences et une collaboration rendue tous les jours plus étroite entre l'Administration centrale du Service de Santé et les représentants les plus autorisés des sciences médicales. Désormais les résultats allaient donner satisfaction aux exigences légitimes. Les espérances trop longtemps déçues allaient devenir des réalités.

FÉVRIER
Médecin Inspecteur général.

L'AVION SANITAIRE

« Nécessité est mère de l'Invention ». Entre la routine aveugle et sourde, qui repousse toute nouveauté, et l'imagination ardente et désordonnée qui, d'une idée scientifique, tire les conclusions les plus fantaisistes, il y a place pour les initiatives modestes qui, après avoir observé et réfléchi, réalisent, tentent et organisent sous le contrôle des faits.

Le problème de la navigation aérienne étant résolu, et résolu dans des conditions de plus en plus grandes de sécurité, les applications en ont été envisagées avec plus ou moins de hâte dans tous les domaines. Considéré, avant et dès son apparition, comme un messager d'union et de paix entre les peuples, l'avion est, par une nécessité impérieuse, devenu l'instrument le plus souple, le plus audacieux, le plus foudroyant même de la plus implacable des guerres. Qui, aujourd'hui, se refuserait à voir en lui l'œil qui observe, le poignard qui frappe, le bouclier qui protège ? Il est tout cela; il peut être plus encore. Ne peut-il, lui, l'adjoint si précieux du combattant, mettre, dans des conditions déterminées, sa célérité et sa souplesse au service des blessés ?



Photo Pirou.

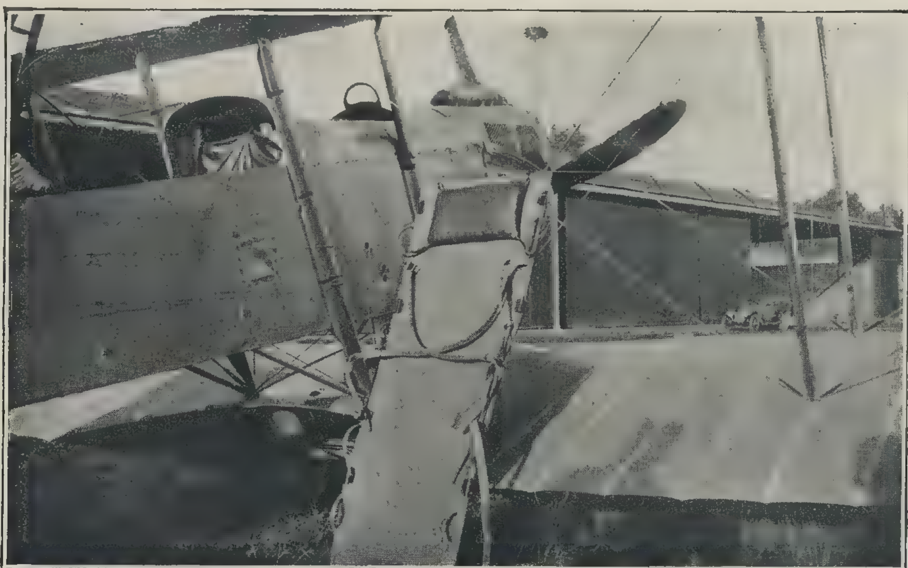
DOCTEUR CHASSAING.

Pourquoi devons-nous lui demander cet effort et comment devons-nous le lui demander ?

L'expérience des plaies de guerre a montré l'importance énorme du facteur « temps ». Plus précoces sont les soins, plus grandes sont les chances de sauver les blessés atteints de shock, d'hémorragie grave, ou sous la menace d'une infection rapide. S'il intervient à temps et dans de bonnes conditions d'installation, le chirurgien de guerre peut — presque à coup sûr — compter sur le succès. Il s'exposera à un échec certain, et d'ailleurs prévu, si le blessé lui est apporté exsangue, en état de déglobulisation irréparable ou si l'infection a marqué

sur un organisme épuisé par un long et dur trajet, son empreinte définitive.

Qu'il s'agisse de plaies pénétrantes de l'abdomen et particulièrement de plaies de l'intestin grêle, qu'il s'agisse de plaies pénétrantes du thorax avec lésion du poumon par éclat d'obus, qu'il s'agisse de section de vaisseaux importants momentanément comprimés par un garrot, qu'il s'agisse de broiement des membres, de fractures compliquées, il est indispensable d'agir tôt pour agir bien. Point n'est besoin d'un long séjour dans les ambulances du front pour se rendre compte que le sort de nombreux blessés est lié au gain de quelques heures, de quelques minutes même.



LE DISPOSITIF (BRANCARD ET CELLULE) DE L'AVION SANITAIRE.

Les chances de salut seront, pour le blessé, portées au maximum, s'il bénéficie d'un transport rapide et confortable dans un centre chirurgical spécialisé où, en toute sécurité et sans vaine attente, il recevra de mains expertes les soins les plus éclairés et les plus soutenus. Certes, il serait injuste de méconnaître l'importance des améliorations obtenues; mais, dans l'état actuel des choses, toutes ces conditions sont-elles remplies et n'y a-t-il pas une limite même aux possibilités ?

Quelque diligence que mettent les brancardiers à relever les blessés et à les transporter, cet effort sera vain si les blessés graves subissent aux postes de secours un stationnement inutile et par conséquent dangereux. Ou il existe des postes chirurgicaux de première ligne et les grands hémorragiques, ainsi que les blessés abdominaux, y sont immédiatement déposés et opérés; ou ces postes chirurgicaux dont l'installation n'est pas toujours possible font défaut et dans ce cas — le plus fréquent — les blessés sont dirigés par la voie la plus rapide sur l'ambulance chirurgicale la plus proche.

Cette voie est-elle rapide ? Les autos sanitaires ont, avec avantage, remplacé les voitures à chevaux. Si les routes ou les pistes étaient libres et praticables, la distance serait vite franchie. Mais il faut compter — surtout au cours d'une opération — avec les trous d'obus, les fondrières, les éboulements, l'encombrement prolongé et désespérant par des convois de ravitaillement qui se pressent, se heurtent et se regardent pendant des heures. Si bien maniée soit-elle, la vaillante petite auto sanitaire ne peut soustraire son précieux fardeau ni aux attentes prolongées, ni aux secousses meurtrières qui retentissent si douloureusement et si gravement sur l'état des blessés.

Une fois arrivés aux ambulances ou aux groupements d'ambulances qui ont la charge et de l'opération et de l'hospitalisation, ces blessés ne sont pas au bout de leur calvaire. S'il y a affluence, et quel que soit le tour de priorité donné aux blessés les plus graves, quelle que soit la diligence apportée par le personnel médical, ils attendront et ils feront attendre. En dépit des prévisions les meilleures, des précautions les plus minutieuses, il y a souvent loin de la salle de préparation à la salle d'opération. Des heures précieuses s'écoulent et avec elles s'évanouissent les dernières chances de salut. Le blessé, opérable encore à la quatrième heure, ne l'est plus à la huitième. Et c'est là que se pose devant la conscience du chirurgien cet angoissant dilemme : ou pratiquer, quand même et presque sans espoir, une opération longue et délicate et négliger des blessés moyens qui auraient cependant tout intérêt à recevoir des soins rapides, ou sacrifier, en les classant dans le lot des inopérables, des hommes qui ont les droits les plus sacrés à ce que l'on tente



Photo *Petit Parisien*.

LE BLESSÉ SUR SON BRANCARD



Photo *Petit Parisien.*

L'INSTALLATION DU BLESSÉ.

pour eux jusqu'à l'impossible.

En admettant que les choses se passent au mieux, que les blessés abdominaux ou thoraciques, que les grands fracturés soient opérés dans le délai voulu, il se pose encore pour eux et pendant plusieurs jours la question de l'hospitalisation. Tous les efforts du Service de Santé ont tendu à rendre cette hospitalisation aussi confortable que possible, même dans les ambulances et les H. O. E. les plus rapprochés du front. Des dépenses considérables ont été effectuées en vue de l'aménagement et de la disposition des tentes et des baraques. Des abris blindés, des murs de sacs à terre (pour un H. O. E. moyen, on n'en compte pas moins d'un million, à raison de 1 fr. 25 le sac) ont été construits en prévision de bombardements, soit par avions, soit par l'artillerie ennemie.

Le danger couru n'est malheureusement pas vain. La proximité d'une gare de ravitaillement, d'un dépôt de munitions, de cantonnements de troupes, peut, parfois à tort, parfois avec raison, être invoquée par l'ennemi pour justifier des tirs dirigés contre des formations sanitaires. D'un autre côté, il serait difficile de nier que les conditions matérielles, telles que couchage, alimentation, chauffage, etc.; que les conditions morales, sentiment de sécurité, possibilité de recevoir la visite des siens, soient de beaucoup meilleures et plus propices à la guérison dans les formations situées en arrière de la zone dangereuse.

Quel régulateur merveilleux serait le véhicule capable de transporter en quelques minutes et à 20 ou 30 kilomètres des premières lignes les blessés les plus graves, ceux qui doivent être l'objet des soins les plus rapides, les plus éclairés les plus délicats et les plus soutenus ! Les ambulances de première ligne ne seraient plus embouteillées ni encombrées; les ambulances d'arrière travailleraient dès le début d'une action militaire et il en résulterait une meilleure répartition des blessés et un meilleur rendement.

En présence des progrès réalisés par l'aviation nous avons estimé que l'heure était venue de demander à la cellule qui vole de voler au secours de la cellule qui roule, que l'heure était venue non pas de substituer, mais d'adjoindre à la voie de pierre et à la voie de fer, souvent encombrées ou inutilisables, la voie de l'air, toujours libre.

De nombreuses objections étaient soulevées. Il y avait bien — précieux encouragement ! — l'exemple du pilote qui conduit directement à une ambulance son observateur grièvement blessé au ventre et lui permet ainsi, dans l'heure même qui a suivi le moment de la blessure, de bénéficier d'une intervention qui lui sauve la vie. Mais imagine-t-on que la traversée de l'air soit aisément acceptée et supportée par des passagers non habitués ? Est-il possible de lutter contre le froid, d'éviter le tangage et le roulis ? Quel dispositif adopter pour installer des brancards solides et confortables, sans nuire à la résistance de l'appareil ?

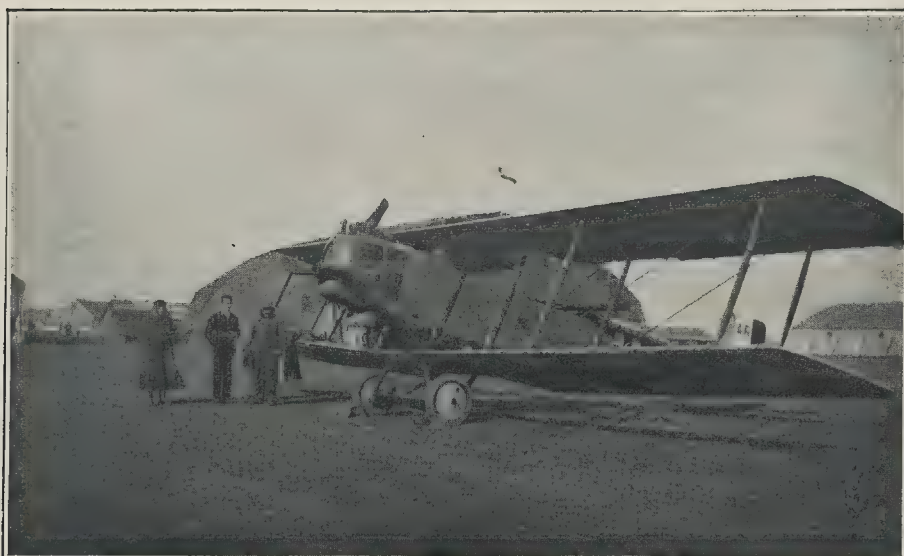
L'expérience seule pouvait, par des résultats probants, répondre à ces questions.

Très intéressé par le but poursuivi, le sous-secrétariat du Service de Santé a bien voulu donner l'autorisation de tenter d'abord quelques essais à l'intérieur. Mais, pour tenter un essai, il fallait un appareil et, pour obtenir cet appareil, il fallait vaincre les résistances de M. le sous-secrétaire d'État de l'Aéronautique, qui



Photo *Excelsior.*

LE BLESSÉ INSTALLÉ.



PRÉPARATION DE DÉPART.

ne voulait à aucun prix détourner de leur destination ni un moteur ni un pilote. Sans insister davantage sur les difficultés avec lesquelles nous avons été aux prises — puisque finalement satisfaction nous a été donnée — qu'il nous soit permis de dire qu'en raison des conditions de la production nous avons dû renoncer à l'idée de faire construire un avion spécial. Il fallait choisir entre les divers types d'avions actuellement utilisés et en fin de carrière. De multiples consultations nous ont conduit à penser que l'avion A. R., dit corps d'armée, se prêtait le mieux et le plus économiquement à l'aménagement nécessaire pour le transport de deux blessés couchés. C'est de propos délibéré que nous n'avons pas cherché à dépasser le chiffre de deux brancards, cela en vue d'assurer un chargement et un départ toujours rapides.

Les caractéristiques principales de l'appareil utilisé sont les suivantes : longueur : 9 m. 30; envergure : 13 m. 30; hauteur : 3 m. 30. Le moteur est du type Renault (170 HP). La charge utile est de 300 kilogrammes. Le poids total de l'avion à pleine charge atteint 1.250 kilogrammes.

L'aménagement de l'appareil dont les ailes, le fuselage, les stabilisateurs d'arrière sont munis de croix-rouges très apparentes, a permis de disposer d'une cellule mesurant 1 m. 90 de longueur, 0 m. 75 de largeur et 0 m. 80 de hauteur.

La cellule est accessible par la partie supérieure, dont les traverses et l'entoilage ont été supprimés et remplacés par un couvercle en contreplaqué facilement amovible.

A trois emplacements choisis, les montants et traverses restant du fuselage ont été consolidés par une armature en tubes d'acier qui sert en même temps de support aux brancards. Les hampes de chaque brancard sont reliées par deux tubes d'acier, qui font l'office de traverses et augmentent la solidité.

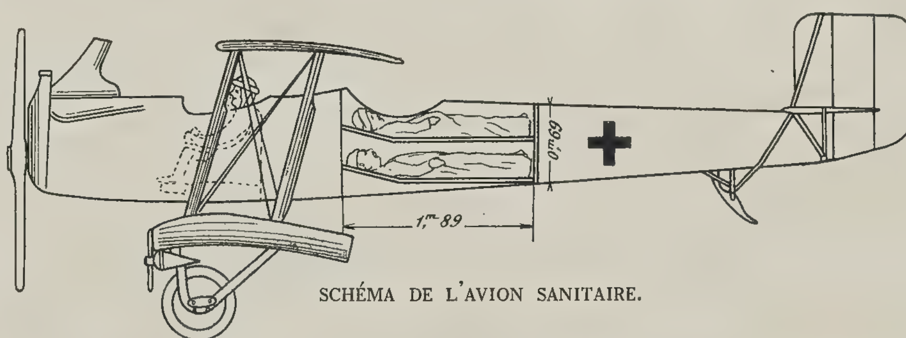


SCHÉMA DE L'AVION SANITAIRE.

Les brancards ont été munis de coussins pour la tête, de sangles pour assujettir le blessé en cas de remous ou de chocs à l'atterrissage, et de poignées pour en permettre l'enlèvement facile. Un coussin vertical a été fixé à la face arrière du réservoir à essence pour éviter les heurts à la tête en cas de mauvais atterrissage. Un capotage spécial avec pare-brise évite au blessé supérieur d'être éventé tout en lui donnant suffisamment d'air et de lumière. Des hublots et des lucarnes aménagés sur les côtés du fuselage jouent le même rôle pour le blessé inférieur.

Cet aménagement a été effectué par les soins de la section technique de l'aéronautique (colonel Dorand et lieutenant Dalsace). Le prix de revient atteint à peine 500 francs.

C'est avec cet appareil qu'en septembre et en octobre nous tentâmes plusieurs essais à l'aérodrome de Villacoublay.

La première expérience eut lieu le samedi 22 septembre. J'avais pris place dans l'un des brancards. Le caporal Tétu figurait le second blessé. A 17 h. 40' l'appareil s'envolait, piloté par l'adjudant Christian Piccioni. A 17 h. 52' il atterrissait après avoir parcouru environ 25 kilomètres



LE DÉPART.



ATTERRISSAGE A PONT-ROUGE, PRÈS DU MOULIN DE LAFFAUX.

en douze minutes, ce qui représente du 130 kilomètres à l'heure. Pendant toute la durée du trajet nous n'avons pas éprouvé le moindre malaise, ni vertige, ni impression de roulis ou de tangage, ni sensation de froid; nous n'avons même pas subi de déplacement au moment des virages (le pilote en a fait intentionnellement 5 ou 6 très courts). Personnellement j'avais, en cours de route, quitté le passe-montagne dont je m'étais coiffé au départ, défait les sangles qui m'assujettissaient et que je considérais comme parfaitement inutiles, tant je me sentais en parfait équilibre.

A sa descente de la « cellule hôpital », le caporal Tétu, qui avait été blessé au plateau de Nouvron et transporté en voiture sanitaire, a pu faire la comparaison entre les deux modes de transport. Elle est tout à l'avantage de l'avion, qu'il a déclaré être la « douceur même ».

Le 26 septembre une nouvelle expérience eut lieu, avec le même succès, devant M. Justin Godart, sous-secrétaire d'État du Service de Santé.

Fin octobre, au cours d'un essai auquel avaient été convoqués les présidents et les membres des Commissions de l'hygiène et de l'armée de la Chambre et du Sénat, le Dr Doizy, président de la Commission d'hygiène, prit place dans l'appareil. L'expérience lui parut tout à fait concluante.



APPAREIL SUR UN TERRAIN APPARTENANT A UNE ESCADRILLE DU FRONT.

Au début de novembre, le mardi 6, l'avion-brancard, piloté par le sergent Vigneron, fit son apparition dans la zone des armées. Il survola les groupements d'ambulances situés entre Soissons et Braisnes, explora une partie du secteur où avait été déclanchée l'offensive du 23 octobre, reconnut plusieurs terrains d'atterrissage susceptibles d'être utilisés immédiatement ou après aménagement. Il atterrit non loin du moulin de Laffaux et repartit avec ses deux blessés fictifs pour aller les déposer à 60 kilomètres de là. Ce trajet fut effectué en trente-cinq minutes, en dépit d'un vent violent et très irrégulier. D'autres expériences suivirent. Faute de blessés (on ne comptait dans cette période d'extrême calme que un ou deux blessés par jour pour tout le corps d'armée auquel nous étions rattachés) l'appareil transporta des bénévoles. Des chirurgiens, des officiers, des poilus, le médecin inspecteur de l'armée, qui, pour la plupart, montaient en avion pour la première fois, ont été unanimes à déclarer qu'ils n'avaient aucunement souffert de la traversée. Ils sont tous descendus dispos et satisfaits et même, le plus souvent, ravis.

L'avion vient, pour être vérifié, de rentrer à son port d'attache. Aucun accroc ne s'est produit au cours de sa campagne.

Parce qu'un accident même grave se produirait, il n'en faudrait pas pour cela condamner l'idée. Avec un bon appareil, soigneusement vérifié, monté par un bon pilote, la sécurité n'apparaît pas beaucoup moindre que celle de la voiture sanitaire.

Quant à l'objection, fréquemment soulevée, de la menace du tir ennemi, nous n'en méconnaissons pas l'importance; mais elle ne doit pas être un obstacle absolu à la réalisation du projet. Nous avons à ce



ATTERRISSAGE PRÈS D'UNE AMBULANCE DESTINÉE A TRAITER LES FRACTURES.

sujet, interrogé des aviateurs allemands et des médecins allemands faits prisonniers. Il n'y aurait à leur avis aucune inquiétude à avoir et l'appareil serait très certainement respecté par leurs artilleurs et leurs aviateurs si l'on prenait certaines précautions : vol très bas, atterrissage en des points déterminés uniquement affectés au service des blessés, points situés à une distance telle (environ 3 kilomètres) qu'on ne puisse pas nous soupçonner d'explorer leurs lignes.

Est-ce que la considération d'un accident possible à proximité des lignes, est-ce que celle même d'un atterrissage défectueux doivent nous empêcher de mettre à la disposition de certains grands blessés, dans des conditions déterminées de temps et de lieu, un élément qui doublera ou décuplera leurs chances de salut ?

La réponse est sur toutes les lèvres.

Au ministre qui en juin dernier objectait en levant les bras de désespoir : « Mais si vos expériences réussissent, vous allez me demander 400 ou 500 avions », j'exprimais ce vœu très modeste : « Trois escadrilles seulement : l'une pour notre front, l'autre pour le front d'Orient, la troisième pour le Maroc. »

Les aurons-nous ?

Dr CHASSAING,
Député du Puy-de-Dôme, aide-major de 1re classe
à l'ambulance auto-chirurgicale 21.



Photo *Excelsior*.

EN PLEIN VOL.



PIQURE ANTITYPHOIDIQUE DES JEUNES RECRUES.
Bas-relief de J. Larrivé. Musée du Val-de-Grâce.

CHAPITRE VII

L'HYGIÈNE ET LA PROPHYLAXIE
AUX ARMÉES

L'ŒUVRE chirurgicale du sous-secrétariat d'Etat du Service de Santé, l'effort considérable dont elle témoigne ne peut donner une juste idée de la complexité de son rôle et de l'étendue de ses responsabilités. C'est qu'à côté de cette œuvre chirurgicale doit se placer une œuvre médicale qui, en temps de paix, s'impose déjà de façon plus impérieuse aux préoccupations du Service de Santé militaire.

Je sais bien que l'opinion publique s'intéresse surtout au blessé, victime plus directe et plus glorieuse de la bataille et qui éveille plus de sympathie ou plus de pitié. Et l'on comprend que le sous-secrétariat d'Etat se soit attaché à réaliser tout ce qui, dans le délai le plus rapide, peut faciliter l'accès du blessé auprès du chirurgien, dont l'intervention d'urgence pourra lui sauver la vie. Mais si la nécessité matérielle et morale de cette action est de toute évidence, si elle apporte plus de lustre au Service de Santé, son influence au point de vue du maintien des effectifs reste cependant plus limitée que l'action à l'égard du soldat malade. Celui-ci, victime anonyme et sans gloire de la destinée, trouve dans la tranchée boueuse où il veille, ou dans le cantonnement de hasard où il va se reposer, le germe d'une maladie qui pourra compromettre définitivement sa vie et sa santé, et faire de lui un être dangereux contre lequel il faudra protéger la collectivité.

A cet égard, la prévoyance est le premier des devoirs; elle oblige le médecin à veiller à ce que le soldat ne devienne pas malade — ou à ce que la maladie dont il est atteint ne se transmette pas à d'autres soldats. D'où, à côté du souci d'assurer au malade comme au blessé le traitement le meilleur, cette obligation de ne rien négliger des mesures d'hygiène et de prophylaxie individuelle ou collective, propres à défendre l'armée contre des maladies qui se doivent éviter, parce qu'importe surtout le déchet qu'elles peuvent déterminer.

De là une tâche plus vaste, plus ingrate et aussi plus obscure, qui va se heurter à des difficultés nombreuses,



Photo Musée du Val-de-Grâce.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DU VAL-DE-GRACE.

pour laquelle les responsabilités seront plus exclusives, et dont l'urgence et l'importance ne sauraient être discutées, quand on connaît le rôle dominant de la guerre dans le développement ou la diffusion des maladies contagieuses, endémiques ou épidémiques.

En temps de paix, la morbidité de l'armée est le plus habituellement supérieure à celle que peut comporter l'agglomération ouvrière d'une usine importante. Il est de règle, notamment, que la date d'incorporation soit le signal d'une recrudescence de morbidité ,non par le fait seul de la prédominance des affections de l'appareil respiratoire ou digestif, mais surtout en raison de l'aptitude du soldat à contracter les maladies éruptives, la diphtérie, les oreillons, la fièvre typhoïde. Le changement un peu brutal de vie, qui marque l'entrée à la caserne, le surmenage et la fatigue physique des premiers jours, une alimentation parfois insuffisante et dont le soldat peut aggraver l'influence par des imprudences de régime, la vie en commun enfin, créent le milieu propice à l'éclosion du contage.

Pendant la guerre où, dans le temps et l'espace, se trouvent multipliées les chances de transmission des germes, les mêmes raisons se retrouvent avec d'autres singulièrement plus sérieuses : énorme accumulation d'hommes dans des espaces restreints, cantonnements imparfaits dans des villages détruits, ou dans des villages intacts, vis-à-vis desquels l'autorité civile était autorisée par la loi à méconnaître les règles de l'hygiène ou de la propreté la plus élémentaire ; souffrances physiques et morales avec l'épuisement nerveux qui en est la conséquence; défaillance ou irrégularité des apports alimentaires. Tout cela explique pourquoi, avant que le premier coup de fusil ait été tiré, des malades existent en nombre souvent considérable ; pourquoi notamment les maladies contagieuses peuvent devenir plus menaçantes pour le maintien des effectifs que le nombre des blessés créés par la bataille.

Il n'est point nécessaire, pour justifier cette affirmation, de remonter aux guerres du moyen âge, au cours desquelles avec les grands déplacements populaires la famine et les misères effroyables, apparaissaient ces grands fléaux, qu'on appelait alors *les pestes*.

D'un aperçu historique limité au passé le plus récent, il ressort de toute évidence que le nombre des malades a toujours dépassé le nombre des blessés. Le déchet que, même dans les guerres de ces dernières années, ont pu déterminer le typhus, le choléra, le scorbut, atteint des taux souvent effrayants, alors que la variole et la fièvre typhoïde contre lesquelles aucune mesure de préservation n'est prise, créent des épidémies meurtrières et démoralisantes pour la population civile.

Durant la guerre de Crimée, le nombre des médecins militaires qui ont succombé au choléra dépasse singulièrement le chiffre des officiers morts de leurs blessures. En 1870, la variole, la dysenterie, la fièvre typhoïde font un grand nombre de victimes et contribuent à donner un chiffre de malades quatre fois plus grand que le chiffre des blessés.

Durant la dernière guerre balkanique, l'armée bulgare, peu soucieuse d'hygiène, est cruellement éprouvée par le choléra, qui arrête en quelque mesure l'armée sur les lignes de Tchataldja et suspend la marche sur Constantinople.

Ce n'est que dans la guerre russo-japonaise et pour l'armée japonaise qu'il est possible de citer une exception. Pour la première fois, semble-t-il, grâce aux mesures sévères d'hygiène et de prophylaxie prises par le commandement et le Service de Santé japonais (et cela déjà fut une grande victoire) le chiffre des malades ne dépasse guère le chiffre des blessés : 231.223 malades pour 220.881 blessés.

Dans la guerre actuelle, surtout après les événements qui ont précédé la bataille de la Marne, il était à craindre que les raisons de développement des maladies épidémiques ne fussent plus nombreuses encore. Jamais les guerres passées n'ont vu pareilles agglomérations de soldats dans les dépôts et les casernes ; jamais, pareil surpeuplement des villes et bourgades, comme celui que devaient déterminer, à côté des soldats, l'exode

lamentable des familles réfugiées de Belgique ou des départements français envahis et aussi la densité des agglomérations ouvrières.

La composition même des armées alliées combattant sur notre sol et empruntant nombre de leurs soldats aux populations d'Asie et d'Afrique qui leur sont attachées; le complément important de main-d'œuvre ouvrière demandé aux populations coloniales et étrangères, pouvaient devenir l'occasion d'une importation de maladies exotiques susceptibles de se propager à nos populations. Et il en pouvait être de même de l'extension de la guerre à des contrées plus ou moins salubres de l'Europe orientale, de l'Asie ou de l'Afrique, ou encore de la présence ou de l'invasion en tous ces pays de nombreux internés civils ou prisonniers militaires, parfois malades et placés dans des camps spéciaux répartis un peu partout.

Puis, il ne s'agissait plus d'une guerre courte aux batailles espacées, dans laquelle le déchet déterminé par les blessures ou les maladies peut être considéré comme définitif, mais d'une guerre longue aux batailles prolongées dans lesquelles allaient s'affronter des masses énormes de combattants, pourvus de tous les moyens capables de triompher de la résistance physique ou morale du soldat, et où la récupération du blessé ou du malade devient une condition dont ni le Service de Santé ni le commandement ne peuvent se désintéresser. Il n'est pas jusqu'à la guerre de siège qui, entraînant la stabulation de l'armée dans des conditions fortement antihygiéniques au début, pouvait compromettre de façon sérieuse la santé des troupes.

Tout cela nous explique pourquoi la stricte application des règles d'hygiène et de prophylaxie doit être au premier rang des préoccupations du Service de Santé; mais tout cela ne rend pas compte de l'effort considérable qui allait lui être imposé pour l'œuvre dont il lui fallait assumer la charge et assurer l'exécution. Sur ce terrain comme sur d'autres la leçon des faits allait montrer à quel point les événements devaient dépasser les prévisions les plus osées.

Il fallait tout d'abord renoncer aux traditions surannées ou aux doctrines particularistes, et pour réaliser, par exemple, les actes de défense que les épidémiologistes militaires ont contribué à mettre en lumière, obtenir plus de moyens et aussi plus d'autonomie; se servir du pouvoir nouveau que le sous-secrétaire d'État tenait des Chambres ou du Gouvernement pour organiser et surtout réorganiser. A cet effet plusieurs buts devaient être immédiatement poursuivis et atteints :

Doter les organismes sanitaires, scientifiques ou professionnels, de tous les moyens matériels nécessaires à la défense contre les maladies épidémiques (laboratoires de bactériologie et de chimie, sections d'hygiène, de désinfection, services spéciaux d'isolement, etc.);

Créer dans la zone de l'intérieur et dans la zone des armées, auprès des médecins directeurs des régions ou des chefs supérieurs du Service de Santé de l'armée, des conseillers techniques d'hygiène et de prophylaxie;

Désigner pour ces postes des médecins de compétence reconnue et spécialisés ;

Etablir une liaison étroite entre les conseillers techniques des zones de l'intérieur et de l'armée et l'administration centrale;

Faire appel à la collaboration régulière de tous les organismes techniques dont les recherches ou les découvertes intéressent l'hygiène et la prophylaxie.

L'énumération de ces réalisations préalables ne signifie pas que le Service de Santé était privé de tous moyens et ne disposait pas d'un personnel compétent. Si le matériel dont il se trouvait doté était quelque peu désuet, c'est que l'économie forcée des budgets du temps de paix en avait retardé la transformation, réclamée depuis longtemps.

Des organismes techniques existaient, commissions militaires ou mixtes, auxquelles était venue s'ajouter une commission internationale, dont la tâche principale était de



Photo Musée d Val-de-Grâce.

PRÉPARATION DES MILIEUX DE CULTURE DESTINÉS AU CONTROLE BACTÉRIOLOGIQUE DU VACCIN. (VAL-DE-GRACE.)

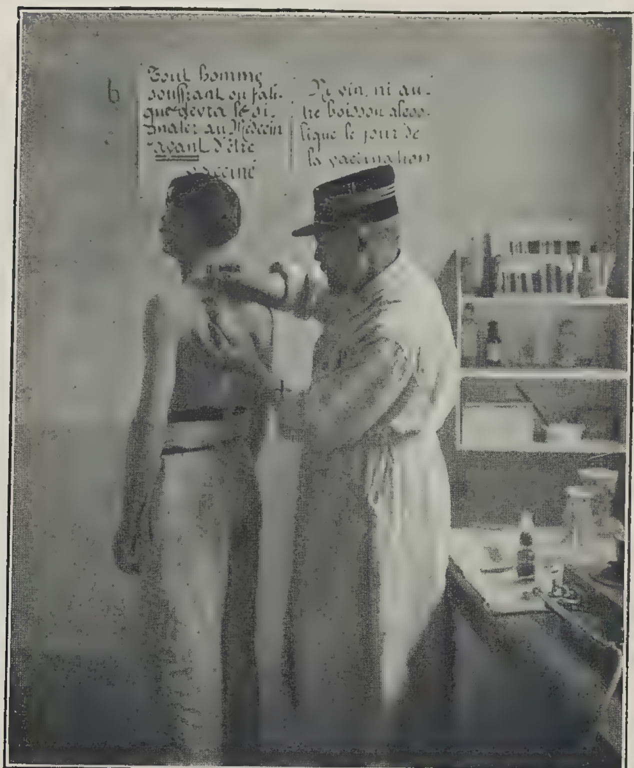


Photo Musée du Val-de-Grâce.

UNE SÉANCE DE VACCINATION. (VAL-DE-GRACE.)

s'occuper de tous les problèmes concernant l'hygiène et la prophylaxie. C'étaient, il est vrai, ou des organes de contrôle jugeant de haut, parfois de trop loin, ou des organes d'études dont l'idéalisme scientifique ne semblait pas toujours poursuivre des fins suffisamment utilitaires.

Il fallait autre chose : d'abord une coopération plus étroite avec le commandement, ensuite la création d'organismes intermédiaires, confiés à un personnel spécialisé. La direction du Service de Santé, comprenant désormais toute l'importance de l'emploi et de la répartition judicieuse des compétences, avait le devoir de donner l'initiative et l'autorité militaire nécessaires au médecin que désignaient ses aptitudes et son savoir; le grade ne pouvait plus être le seul motif déterminant de la nature et de l'importance d'une fonction. Telle fut la réforme que s'attacha à réaliser d'urgence le sous-secrétaire d'Etat. Sans se préoccuper de heurter des traditions, il décida de rompre, tout au moins pour la durée de la guerre, avec les principes jusque-là établis pour la collation des grades et fit signer, peu après son arrivée au ministère, le décret dit des compétences. Ce décret permettait de conférer, en dehors de toute hiérarchie militaire, le grade suffisant et nécessaire à l'exercice de la fonction.

* * *

Dans les limites étroites de cet article, je ne saurais analyser comme il convient tous les termes du problème, montrer la diversité des rouages, l'étendue des champs d'action. Je voudrais tout au moins, dans l'exposé d'ensemble auquel je dois me borner, pouvoir donner quelque idée de l'importance de la tâche et des résultats qui furent obtenus.

Parmi les maladies transmissibles qui figurent le plus habituellement dans le bilan sanitaire des armées il en est dont le retour périodique s'affirme d'une façon prédominante à certaines époques de l'année, fin de l'hiver, début du printemps : ce sont plus particulièrement les maladies éruptives, la diphtérie, les oreillons; il en est qui, s'affirmant par une localisation digestive, sévissent surtout l'été à l'époque des imprudences de régime : fièvres typhoïde et paratyphoïde, dysenteries, notamment dysenterie bacillaire; il en est d'autres, dont l'apparition plus irrégulière est favorisée par l'apport accidentel en un point donné de germes originaires de foyers plus ou moins lointains et en général limités : ainsi, la méningite cérébro-spinale; il en est enfin qui, étant surtout d'importation, et répondant à des types connus ou insuffisamment étudiés, frappent les collectivités quand elles trouvent, comme à l'époque d'une guerre, les conditions favorables à la contagion interhumaine : tels le typhus, le choléra, la dysenterie amibienne, pour ne parler que des principales maladies exotiques auxquelles la guerre actuelle devait ajouter le béribéri, la lèpre, la conjonctivite granuleuse, l'ictère spirochètosique, et d'autres encore.

L'on voit ainsi la nécessité de la collaboration étroite et continue avec le commandement comme avec toutes les autorités responsables (ministère de la Marine, Direction des troupes coloniales, commandement et Service de Santé des armées alliées sur tous les fronts, ministère de l'Armement, ministère de l'Intérieur) pour que là où débarquent des soldats provenant des colonies ou appartenant aux armées alliées, des soldats malades ou convalescents venant de l'armée d'Orient, des ouvriers d'origine exotique ou étrangère dont la main-d'œuvre est nécessaire aux usines de guerre, aucun foyer de contagion ne puisse se produire, dont l'hygiéniste militaire ne soit rapidement prévenu; collaboration étroite aussi avec tous les médecins qui, dans chaque unité ou groupement militaire de leur région, ont la responsabilité de la santé du soldat ou avec les autorités civiles départementales, pour être assuré d'avoir le contrôle efficace de tout contagieux pouvant entrer, séjourner dans la région ou en sortir, pour être certain qu'aucune des mesures de première nécessité ne sera ni écartée ni différée.

Tel est le rôle des médecins-adjoints techniques d'hygiène. Placés auprès du directeur du Service de Santé de la région, ils sont dans toutes les questions d'hygiène et de prophylaxie ses conseillers techniques en même temps que les délégués du sous-secrétaire d'État, qu'ils doivent informer téléphoniquement ou télégraphiquement de tous les cas susceptibles d'intéresser les commissions d'hygiène ou l'administration centrale.

Ils ont ainsi à se déplacer souvent, et, comme il est souhaitable, par les moyens les plus rapides, soit pour des inspections périodiques, soit pour les visites d'urgence, qu'ils estiment nécessaires, ou que le sous-secrétaire d'État, le général commandant la région ou le médecin directeur auront pu réclamer. Chaque fois qu'un nouveau foyer de contagion, ou qu'un cas suspect sont signalés, durant que le médecin bactériologiste opère les prélèvements nécessaires, l'adjoint technique fait l'enquête, décide sur place des premières mesures qui s'imposent (isolement, désinfection, amélioration des locaux), et dès que le résultat de l'examen bactériologique est connu, prend toutes les dispositions de défense nécessaires après en avoir conféré avec le médecin directeur, le commandement ou l'autorité civile.

Ainsi le plus souvent toute extension du foyer peut être prévenue et tout danger écarté, et cela surtout parce que les mesures élémentaires et aussi peu restrictives que possible ont été appliquées sans perte de temps, sans heurt, sans bruit.

* * *

Incorporation. — Au premier rang des mesures visant la préparation et la conservation des effectifs se placent toutes celles qui concernent les nouvelles classes mobilisées.

Le jeune conscrit arrive à la caserne déjà sélectionné par un conseil de révision qu'une première réforme a rendu plus conforme aux exigences médicales et qui, tout en donnant à l'armée des garanties meilleures de la valeur physique des recrues, procure aux familles une sauvegarde plus grande.

D'ailleurs, dès son arrivée à la caserne, le jeune soldat va être l'objet d'un nouvel examen et, durant les premiers jours, d'une surveillance médicale attentive. Le Service de Santé, d'accord avec le commandement, fixe les conditions de vie et d'entraînement qui paraissent le plus propres à maintenir sa validité.

La période d'incorporation est, comme je l'ai dit, une période toujours critique. La date du 15 avril, choisie chaque fois que les événements militaires l'ont permis, avait l'avantage d'écarter le danger des facteurs : froid et humidité, qui sont plus à redouter pour les recrues que la chaleur. Sans doute elle ne met pas à l'abri de toutes les maladies contagieuses, mais elle peut en diminuer la fréquence et la gravité. Et si elle n'exclut pas l'apparition possible d'infections typhiques ou paratyphiques et des dysenteries, il s'agit là de maladies dont la prophylaxie comme le traitement répondent à des règles plus précises et plus efficaces. Contre elles en effet peuvent heureusement protéger toutes mesures assurant une eau d'alimentation potable, naturellement pure ou purifiée par les procédés de stérilisation en usage, la surveillance des denrées alimentaires, la propreté des cuisines et des cuisiniers, puis en dehors de ces premiers éléments d'une prophylaxie aussi simple qu'effective, l'action préventive si efficace de la vaccination antityphique et antiparatyphique, voire de la sérothérapie antidysentérique (pour la dysenterie bacillaire).

J'ai dit qu'après l'incorporation, chaque recrue est l'objet d'un nouvel examen médical. Cet examen, qui tien, compte des certificats apportés par le jeune soldat, a recours à tous les procédés d'explorations utiles ou aux conseils de médecins spécialistes. Il permet d'écarter le conscrit reconnu trop malingre et que n'avait pas retenu le conseil de révision ; il sert à dépister les cas de contagion, suspects ou caractérisés, à établir s'il n'existe aucune contre-indication à la vaccination antityphique ou antiparatyphique qui devra être subie avec la vaccination jennérienne avant que l'instruction militaire ait réellement commencé. Il détermine surtout les éléments de vigueur des jeunes recrues qui, selon leur degré de résistance physique, vont être réparties dans les catégories A, B, C., où l'entraînement sera appliqué soit dans les conditions habituelles, soit avec une progression plus modérée.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

EAU POTABLE. VOITURE DU TOURING-CLUB AUX ARMÉES.

Une série d'instructions dont il faut espérer que l'application survivra à la guerre, minutieusement élaborées par le sous-secrétariat d'Etat en plein accord



FEUILLÉE ET SÉCHAGE DE LINGE AUX ARMÉES.
Peinture de J. Dola. (Musée du Val-de-Grâce.)

avec le ministère de la Guerre, établissant la liaison intime du Commandement et du Service de Santé, font appel à la collaboration constante des commandants d'unité, des médecins et pharmaciens de dépôt.

Elles précisent les conditions qui doivent être réalisées pour que le jeune soldat devienne un soldat robuste, un vigoureux combattant.

Les casernements qui lui sont exclusivement destinés ont été évacués préalablement et nettoyés à fond, désinfectés et blanchis. L'entretien et l'assainissement journalier de ces casernements sont l'objet d'instructions minutieuses dont le médecin doit contrôler l'exécution, celle-ci assurée par les soins d'un pharmacien aide-major ou d'un pharmacien auxiliaire désigné par sa compétence et qui dirige un groupe d'infirmiers constituant l'équipe sanitaire.

La ventilation des locaux dont le cubage d'air a été déterminé est garantie par des dispositifs spéciaux. La salubrité de ces locaux, la propreté du sol et des murs, la protection des cuisines et des magasins à vivres contre les mouches, le bon état des séchoirs, des locaux disciplinaires, des latrines, etc., sont l'objet de prescriptions très sévères. Le jeune soldat est instruit dans ce qu'il doit faire et surtout ne pas faire pour contribuer à maintenir cette propreté et cette salubrité de façon constante et ainsi prendre des habitudes qu'il gardera.

L'alimentation est l'objet de soins particuliers, elle doit être établie de façon à satisfaire aux besoins de l'organisme; il est prescrit d'en varier le plus possible les éléments et la préparation.

L'eau, véhicule important de germes nombreux de maladies contagieuses, problème des plus délicats dans les collectivités importantes, n'est livrée à la consommation qu'après avoir été de la part du pharmacien l'objet d'une analyse chimique et bactériologique minutieuses. Si elle n'est pas reconnue naturellement pure, elle ne sera donnée qu'entièrement épurée par les procédés qui ont fait leurs preuves et dont les résultats sont contrôlés.

Un sommeil suffisamment réparateur est prescrit surtout pour les périodes de premier entraînement et pour l'hiver. Tout est organisé d'autre part pour que l'hygiène corporelle soit maintenue dans les conditions les meilleures : mesures de propreté générale et individuelle assurée par des installations de lavabos et de bains-douches; mesures de rechange de linge et de vêtements; soins dentaires assurés par la création de centres d'odontologie où se font toutes les opérations nécessaires à une bonne mastication; soins des mains dont le lavage doit être exigé avant d'aller au réfectoire; soins des pieds et surveillance attentive de la chaussure; services de désinfection ou de désinsectisation : toutes mesures dont le poilu n'est pas le dernier à comprendre le bénéfice, qui eussent semblé autrefois plus que superflues et qui, aujourd'hui, en présence des résultats, sont devenues naturelles.

A côté de cette œuvre de salubrité physique, qui doit être pour tous un enseignement, et parallèlement à elle, se poursuit aussi une œuvre de salubrité morale. Des salles de réunions sont créées où le soldat, en dehors de ses heures d'instruction, peut séjourner, écrire des lettres ou se distraire par la lecture. A ces salles sont annexées des cantines où il peut avoir des boissons chaudes et saines.

* * *

L'hygiène de l'avant. — J'aurai à exposer plus loin le complément nécessaire qu'apportent à cette œuvre de défense les méthodes de vaccination ou de sérothérapie. Il me faut parler de l'organisation similaire que poursuivit le sous-secrétariat d'État dans la zone de l'armée et en plein accord avec le commandement.

Cette lutte dont les raisons sont encore plus impérieuses est aussi plus complexe, car la densité des agglomérations et le contact plus étroit avec la population civile multiplient les conditions favorables à la transmission des maladies contagieuses. Parmi ces cantonnements resserrés, dans cette masse mouvante qu'est l'armée près de la zone de combat, la plus petite étincelle morbide risque de s'étendre vite et de se répandre au loin.

Puis, qu'il s'agisse du séjour dans la tranchée où ce sont, avec la lutte constante, le froid, l'humidité, la privation

de sommeil, parfois les difficultés du ravitaillement; qu'il s'agisse du bivouac près d'un champ de bataille qui est un champ de carnage, ou, après le combat, dans un village détruit; qu'il s'agisse d'un cantonnement dans un village intact mais où rien n'aura pu être préparé qui permette le repos ou la détente; que de difficultés, qui vont rendre la tâche malaisée ! Mais combien méritoire sera l'effort qui, triomphant des obstacles et des événements de guerre, des intempéries, des effroyables destructions ou de l'insalubrité, imposera les mesures d'hygiène individuelle et collective, dont il faut que le combattant puisse bénéficier ! Sans doute il faut tenir compte de la mobilité extrême des unités combattantes, de leurs déplacements brusques, des fluctuations du front, toutes raisons qui rendent souvent précaires les mesures les plus heureuses et annihilent rapidement les organisations les mieux comprises : d'où l'obligation de créer dans les zones de repos ou d'instruction une organisation stable plus complète, où un matériel plus parfait viendra heureusement s'ajouter au matériel de fortune que l'unité apporte avec elle.

Les prescriptions du Service de Santé en campagne du 20 avril 1910, prescriptions excellentes et qui n'ont pas cessé d'être en vigueur, ont pour but d'assurer aux divers échelons de l'organisation de prophylaxie adaptée aux unités mobiles le matériel et le personnel dont ils ont besoin et dont ils étaient jusque-là privés. Mais il devenait également nécessaire qu'une organisation indépendante de ces unités survive à tous les déplacements de corps d'armée, désormais pourvus de leurs services mobiles d'hygiène.

C'est l'œuvre à laquelle allait s'attacher le sous-secrétaire d'État qui, dès son arrivée, se mettant en rapport avec le médecin directeur général du Service de Santé des armées, seul responsable jusque là vis-à-vis du Grand Quartier Général, étudia, d'accord avec lui et le commandement, les moyens les plus propres à obtenir rapidement ces réalisations dont il devait assurer une grande part de l'exécution matérielle.

C'est l'œuvre qu'il allait poursuivre plus directement encore dès qu'un organisme nouveau du Service de Santé, créé lors de la suppression de la Direction du Service de Santé aux armées, permit une coopération plus étroite entre l'arrière et l'avant.

Les faits ne tardèrent pas à montrer combien était justifiée cette intervention plus directe. Une compensation heureuse était apportée à l'état de subordination peut-être excessive dans laquelle agissait le Service de Santé à l'avant, en même temps que la démonstration était fournie que, là où les exigences militaires doivent sans contredit dominer, l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie individuelle ou collective peut avoir lieu pour le plus grand bien de l'armée et sans créer d'obstacle à l'œuvre purement militaire.

Conformément à la réglementation jusqu'à ce moment en usage dans chaque corps d'armée, le service d'hygiène centralisé par le directeur du Service de Santé du corps d'armée était assuré : par les équipes sanitaires du bataillon dirigées par le médecin du corps de troupe, sous les ordres techniques des médecins divisionnaires dont l'action est coordonnée par le directeur du Service de Santé; par la section d'hygiène et de prophylaxie composée d'un médecin chargé des expertises bactériologiques et de deux pharmaciens responsables des analyses chimiques et du contrôle de l'épuration des eaux d'alimentation. Cet organe comprenait des brancardiers auxquels pouvaient s'adjoindre les hommes du groupe de brancardiers de corps, pour collaborer à tous les travaux d'hygiène. Les uns et les autres pouvaient encore être employés de concert avec les troupes d'étapes pour l'assainissement du champ de bataille. Cette organisation excellente en principe ne répondait pas cependant toujours au but poursuivi, parce que les moyens matériels, l'instrumentation technique surtout, faisaient défaut et parce que le personnel dirigeant ou subalterne, non spécialisé, n'était pas toujours suffisamment instruit pour la mission qui lui incombait ou était parfois détourné de cette mission pour assurer provisoirement toute autre besogne. C'est ainsi qu'en dépit du dévouement admirable des brancardiers ou des infirmiers, les résultats visés ne furent pas toujours obtenus.

Des efforts sont tout d'abord faits pour améliorer, transformer, compléter le matériel et organiser des services techniques nouveaux. Ils aboutissent à la création d'organes scientifiques spécialisés, dotés d'un matériel de recherches réel-



FEUILLÉE AUX ARMÉES.
Maquette de J. Larrivé. (Musée du Val-de-Grâce.)

lement remarquable ; un laboratoire de toxicologie est créé dans chaque division de corps d'armée, qui est annexé avec son personnel technique aux groupes de brancardiers.

Dans chaque armée un laboratoire de bactériologie est organisé qui peut venir au secours de la section d'hygiène et de prophylaxie au moyen de son équipe sanitaire. Le chef supérieur du Service de Santé de l'armée peut le porter au point voulu, là où il convient de compléter le travail du service d'assainissement si celui-ci est insuffisant.

Ainsi, en dehors du laboratoire central de bactériologie annexé à la section du bureau du Service de Santé au G.Q.G. qui a la responsabilité des questions générales d'hygiène et d'épidémiologie, des laboratoires de bactériologie pourvus d'un mode de transport rapide et de tous les appareils de technique et placés sous la direction d'un médecin spécialiste vont représenter pour l'armée ce qu'est le laboratoire de la région à l'intérieur, et, comme ce dernier, constituer un des rouages les plus importants de l'armement prophylactique.

De même avec la collaboration du Service de Santé, mais non sous sa direction exclusive, s'organisent des centres spéciaux, centres médico-légaux, dont le personnel est composé d'un médecin directeur, expert médico-légal, de pharmaciens et de chimistes, centres qui en dehors de leur fonction médico-légale, qui sera ultérieusement étendue, ont pour principale mission d'étudier ce qui concerne l'action agressive des substances toxiques dont l'ennemi a pris l'initiative, et les moyens de protection qu'il convient de leur opposer.



Photo Boyer.

UN " TABLEAU " APRÈS UNE CHASSE AUX RATS DANS LES TRANCHÉES.

Sur le fonctionnement de ces divers services comme sur celui des formations sanitaires l'administration centrale est renseignée, en dehors des communications télégraphiques ou téléphoniques d'urgence, par des situations sanitaires périodiques qui résument à une date donnée, avec un rapport annexé, le bilan sanitaire de chaque armée comme celui de toutes les formations sanitaires des unités appartenant à la zone des étapes. Tel est le premier mode de contrôle régulier.

Une seconde forme de contrôle est assurée par des inspections plus ou moins fréquentes que le sous-secrétariat d'État, après accord avec le commandement, confie à des délégués réguliers, ou provisoirement à des personnalités compétentes, plus spécialement désignées pour une mission déterminée.

Mais bientôt, le besoin se faisant sentir d'une coopération plus étroite et d'informations plus régulières, des conférences bi-hebdomadaires ont lieu, soit au sous-secrétariat, soit au G.Q.G, auxquelles prennent part les médecins spécialistes ou les techniciens des deux zones, accompagnés, quand besoin est, d'un officier de liaison de la direction de l'arrière, chargé plus spécialement des rapports avec le Service de Santé.

En dernier lieu auprès du commandement général est placé un médecin inspecteur qui doit, d'ordre du G. Q. G. ou du sous-secrétariat d'État, se rendre régulièrement aux armées pour traiter de toutes les questions d'organisation médico-chirurgicale. Le Service de Santé exécute lui-même ce qu'il peut réaliser. Il appartient au commandement de donner les ordres au Génie, à l'Intendance, ou encore à l'Armement pour l'exécution des mesures qui jusqu'ici ne sont pas du ressort du Service de Santé. C'est là, il faut bien l'avouer, pour celui-ci, qui n'a souvent ni le choix de la décision, ni celui des moyens d'exécution, une subordination dont l'un des inconvénients est de retarder l'exécution et de s'opposer à l'unité de réalisation.

Il était donc souhaitable qu'une liaison plus étroite, plus simple, s'établît entre le sous-secrétariat d'État, le Génie et l'Intendance, ou qu'une entente s'affirmât qui, pour toutes questions ressortissant à l'hygiène et à la prophylaxie, permît au Service de Santé d'assumer des devoirs nouveaux et de prendre toutes les initiatives qui l'aideront à exécuter plus vite les décisions prises. C'est à ce titre qu'il prit sur lui de s'occuper de la fourniture des appareils de douche pour lesquels jusqu'alors l'Intendance était seule qualifiée. C'est ainsi que désireux de ne rien négliger de ce qui peut contribuer au bien-être de l'homme de troupe, il put apporter une solution heureuse au problème du couchage dans les cantonnements de repos. Cette intervention allait trouver d'ailleurs dans les concours d'œuvres françaises et alliées une aide particulièrement précieuse.

Mais des raisons plus sérieuses devaient conduire le sous-secrétaire d'État à exercer, d'accord avec le commandement, une action plus directe. Les visites fréquentes qu'il faisait aux armées, celles de ses médecins inspecteurs, de ses délégués techniques lui montraient que parfois ses propositions en matière d'hygiène et d'assainissement restaient lettre morte, soit par défaut d'organisation, soit par défaut d'emploi du personnel technique.

C'est alors qu'il décida de mettre à la disposition du commandement des équipes sanitaires que devaient compléter plus tard des sections spécialisées d'hygiène.

Ces équipes sanitaires, chargées de l assainissement des camps et cantonnements de la zone des armées, sont devenues les principaux agents d'exécution de l'œuvre de prophylaxie collective et individuelle. Sous la direction et la responsabilité d'un pharmacien spécialement désigné par sa compétence, un personnel d'infirmiers choisis est instruit sur l'hygiène générale des troupes en campagne, sur la purification et la protection des eaux potables, sur la désinfection des locaux, des fumiers, sur la lutte contre les mouches et les moustiques, sur les procédés d'épouillage et de dératisation, sur les méthodes les plus simples et les plus efficaces de l'incinération des ordures, de l'évacuation des eaux ménagères ou usées.

Mais le cantonnement de repos ne réclame pas que des mesures d'assainissement; il importe de lui donner le degré de confort indispensable au maintien du bon moral des troupes. A cet égard encore des dotations particulières provenant d'œuvres privées, alliées ou françaises, dont la répartition est réglée par les soins de la société de secours volontaires, viennent en aide à l'organisatien officielle.



WAGON-DOUCHES.
Maquette. (Musée du Val-de-Grâce.

Un matériel remarquable essentiellement mobile et pratique fut ainsi réalisé : tels les bains-douches, les appareils de blanchissage et de séchage, dont le fonctionnement va être assuré de façon parfaite à très petite distance du front et qui vont fournir au soldat, avec le moyen de se laver, la facilité d'avoir du linge propre, des vêtements nettoyés, et s'il y a lieu désinsectisés et désinfectés; telles aussi, les voitures d'eau potable du Touring-Club, qui rendent de si grands services pour le ravitaillement en eau des troupes en campagne; telles les voitures destinées aux distributions de boissons chaudes qui s'installent, sortes de cantines mobiles, aussi près que possible des tranchées.

Les adjoints techniques, médecins consultants, placés auprès des médecins chefs supérieurs des Services de Santé d'armée sont là pour assurer la stricte exécution de toutes ces prescriptions concernant l'hygiène des tranchées, des bivouacs et des cantonnements comme pour décider de toutes les mesures de prophylaxie dont la nécessité s'impose. Pourvus d'un service de maladies contagieuses pour lequel ils doivent être assistés d'un médecin capable de les suppléer dans leurs absences forcées; tenus au courant de tous les cas de contagion qui se trouvent dans les formations sanitaires, ils sont par ailleurs renseignés, soit par les documents qu'ils trouvent à la direction, soit par les enquêtes périodiques qu'ils font accompagnés du chef du laboratoire de bactériologie d'armée, sur tous les cas de maladies transmissibles qui peuvent se développer dans la population civile ou dans les unités militaires faisant partie du territoire de l'armée. Ils proposent au médecin directeur toutes mesures de défense nécessaires et à la moindre alerte, au moindre cas suspect, imposent en son nom les mesures les plus urgentes, contrôlent la vaccination, maintiennent entre tous les échelons de salubrité, la continuité de méthodes.

Ainsi dans la zone de l'armée comme dans la zone de l'intérieur l'expérience de chaque jour atteste l'action bienfaisante d'une telle organisation, dont je viens de montrer qu'elle ne s'est pas bornée à la rédaction de circulaires inopérantes

* * *

Vaccinothérapie. Sérothérapie. — Pour parfaire cette œuvre le sous-secrétariat d'État, s'efforce, dans le même temps, de systématiser et de développer les méthodes puissantes de protection contre certaines maladies transmissibles,



DOUCHES AUX ARMÉES.
Peinture de H. Armengol. (Musée du Val-de-Grâce.

que la sérothérapie ou la vaccinothérapie peuvent lui apporter et dont une simplification progressive va faciliter peu à peu l'application.

Guidé par les conseils de ses Commissions médicales militaires ou civiles qu'il consulte à cet effet, instruit des progrès réalisés notamment au cours de cette guerre dans la technique des laboratoires du Val-de-Grâce, de l'Institut Pasteur ou des Facultés, ne repoussant aucune des innovations thérapeutiques qui donnent toutes les garanties scientifiques de sécurité, il veut que toute méthode de traitement ayant fait ses preuves soit appliquée de la façon la plus rigoureuse. Il demande à ceux qui ont la responsabilité du contrôle ou de la mise en exécution, de ne rien épargner pour que les soldats français et indigènes puissent bénéficier, sans retard et dans les meilleures conditions, des traitements capables de les préserver ou de les guérir.

Pour que cette préservation soit aussi complète que possible, pour que la tolérance du vacciné soit au mieux assurée, il entend que ces vaccinations soient pratiquées, autant que les exigences militaires le permettent, avant le départ du soldat au front. Il en sera ainsi pour tout soldat envoyé en renfort; il en sera ainsi, surtout, pour le jeune soldat qui subira les vaccinations contre la variole et les infections typhoïdes dans les premiers jours de l'incorporation, alors que l'instruction militaire n'est pas commencée et que le conscrit est l'objet d'une surveillance médicale attentive.

Un exposé rapide des résultats obtenus permettra de se rendre compte de l'importance des services rendus.

La *diphtérie* figurait d'une façon presque endémique dans le bilan sanitaire de certaines régions de l'intérieur. Elle rayonnait dans les centres d'instruction et par les corps de troupes se diffusait un peu partout. Par suite de l'agglomération exceptionnelle de jeunes soldats, cette diffusion va subir dès les premiers temps de la guerre une recrudescence qui nécessitera de sévères mesures de protection.

Tous les soldats provenant de foyers suspects sont l'objet d'une enquête attentive. Si l'examen décèle dans leur gorge la présence du bacille diphtérique, ils sont isolés, non par une sorte de claustration qui entraînerait l'arrêt de toute instruction, mais dans des conditions qui permettent, tout en préservant la collectivité, de leur appliquer le traitement local, dont l'action stérilisante va être contrôlée par des examens bactériologiques successifs. Grâce aux mesures prises de concert entre l'adjoint d'hygiène et le chef du laboratoire, des régions où depuis longtemps la diphtérie était endémique voient peu à peu diminuer et même disparaître les foyers de cette maladie. De telle sorte qu'il est permis d'affirmer que durant la guerre de 1914 la diphtérie fait moins de victimes dans la population militaire et civile qu'en temps de paix.

Plus remarquables encore sont les résultats dont témoigne l'histoire de la défense contre la *variole*, si on les compare à ceux de la guerre de 1870.

Grâce à la loi de 1902 qui a rendu obligatoires la vaccination et la revaccination antivarioliques, la France est devenue, dans les années qui ont précédé la guerre, un des pays les mieux protégés contre la variole. La loi du 7 septembre 1915 va compléter la loi de 1902, en permettant de rendre la vaccine obligatoire pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne peut justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans.

Depuis la guerre — champ d'observation sans pareil pour juger de l'efficacité des règlements nouveaux — tous les hommes appelés sous les drapeaux ont été en réalité revaccinés, et toutes mesures prises pour que toutes les demandes de vaccin faites pour les armées françaises du front occidental ou du corps expéditionnaire ou pour les armées alliées soient toujours satisfaites.

Mais le Service de Santé militaire ne s'est pas borné à assurer la revaccination de toute l'armée. Il a voulu, fidèle au principe de collaboration dont j'ai déjà parlé, apporter son concours à la population ouvrière, notamment aux collectivités travaillant pour la défense nationale. Dans ces collectivités d'origines si diverses, comme dans la population civile, mêlée d'un élément exotique important, surpeuplée de nombreuses familles de réfugiés, il y avait lieu de redouter l'extension et la diffusion des cas de variole importée.

En 1870 la France fut le pays d'Europe le plus éprouvé par la variole : après six mois de guerre pour une armée de quelques centaines de mille hommes, 23.400 soldats succombèrent à la variole et à la fin de cette épidémie Paris seul comptait 13.095 morts.

Aujourd'hui, après trois ans d'une guerre incomparablement plus cruelle, alors que jamais sur notre sol mouvement de population ne fut plus intense, ni armée plus nombreuse et constituée d'éléments de provenances plus variées, alors que jamais n'ont été accumulés facteurs plus favorables au développement d'une épidémie de variole, l'armée française, forte de plusieurs millions d'hommes, compte du 1er août 1914 au 22 mai 1917, douze cas importés des colonies.

Et si, poursuivant ce parallèle suggestif, on le complète en recherchant ce qui s'est passé chez les puissances ennemies, en cette Allemagne si convaincue de la supériorité de son procédé de variolo-vaccination, on voit, par un de ces retours de fortune dont il est à souhaiter que la leçon s'étende, des épidémies graves de variole atteindre l'armée allemande et la population civile, alors que l'armée et la population austro-hongroises lui paient encore un plus lourd tribut.

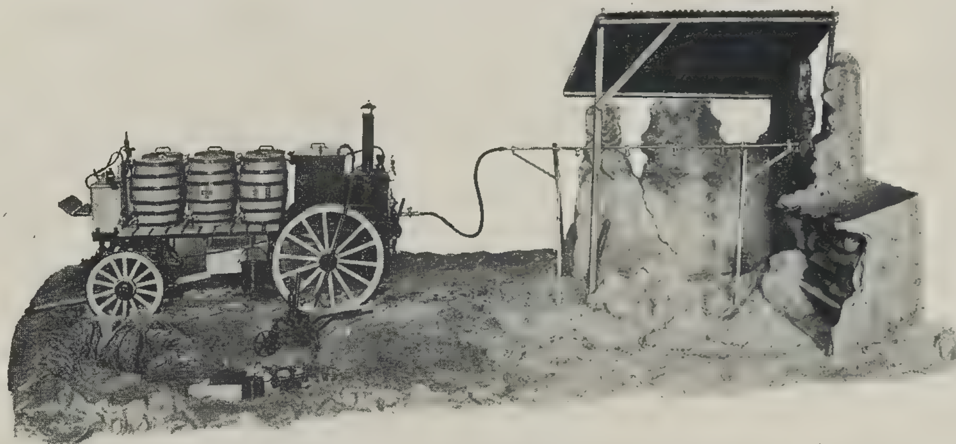
Ainsi sur cette maladie qui, dans tous les temps et dans tous les pays, fait de nombreuses victimes parmi les populations en guerre, la France remporte une véritable victoire.

Si la variole fut pour ainsi dire inconnue parmi les soldats de France, la *fièvre typhoïde* s'est traduite par contre surtout dans les premiers mois, par une morbidité d'une certaine importance. La défaillance des mesures de protection de l'eau de boisson, l'impossibilité où l'on se trouvait au début d'effectuer en temps voulu dans la zone de l'intérieur les vaccinations préventives, l'impossibilité presque absolue de pratiquer ces vaccinations dans la zone des armées, sans parler de l'influence des grands facteurs particuliers aux troupes en campagne, devaient favoriser l'éclosion de la fièvre typhoïde. Dès 1915, sous l'impulsion du sénateur Léon Labbé, une loi était votée qui rendait obligatoires pour l'armée la vaccination et la revaccination antityphiques.

Les recherches diagnostiques que devait faciliter la création des laboratoires d'armées, allaient montrer que si le bacille d'Eberth se rencontre fréquemment chez les soldats de la réserve et de la territoriale, il s'observe beaucoup plus rarement sur les soldats de l'active pour cette raison que la plupart ont subi la vaccination antityphique; d'où cette conclusion sur laquelle insistait, dès décembre 1914, le regretté Landouzy : que les infections typhiques observées dans les troupes de l'active répondent surtout à des cas d'infection paratyphique, c'est-à-dire sont produits par des microbes différents du bacille d'Eberth, et contre lesquels il est nécessaire de pratiquer la vaccination mixte (Widal), vaccination qui a déjà fait ses preuves et qui, pratiquée au Maroc et aussi en France, avec le vaccin à l'éther (Vincent), avec le vaccin chauffé (Widal), a donné des résultats plus qu'encourageants.

Dès lors, en même temps que des mesures très sévères sont prises pour assurer le ravitaillement en eau naturelle potable ou en eau purifiée par les procédés de stérilisation en usage, toute précision est apportée aux méthodes de vaccination, qu'il s'agisse tout d'abord du vaccin à l'éther (Vincent) ou du vaccin chauffé (Widal); aux prescriptions à observer pour relever les contre-indications et éviter des accidents ; à la formule des revaccinations dont le nombre des injections s'abaisse à deux et pourra vraisemblablement se réduire à une injection. Puis devant l'invasion des cas de paratyphoïde dont il semble que l'armée allemande ou les prisonniers allemands ont été dans certaines zones du front les agents de propagation, les vaccinations et revaccinations préventives par le vaccin triple T. A. B. sont désormais prescrites de façon exclusive par les instructions du sous-secrétariat d'État et sont assurées soit surtout par les deux vaccins usuels, soit par une série de vaccins préparés par des méthodes nouvelles (vaccin préparé à la fois par le chauffage et l'éther, vaccin iodé, lipo-vaccin), méthodes intéressantes dont les documents recueillis permettront de fixer la valeur immunisante.

Je pourrais citer des chiffres qui témoigneraient éloquemment des résultats obtenus ; il me suffira de dire en substance qu'en regard de la morbidité sérieuse du début, les rapports décadaires des maladies infectieuses de la zone des armées de ces derniers mois signalent qu'aucun cas ne s'est développé dans la plupart des armées, ou que quelques cas isolés se sont montrés seulement dans les régions pour lesquelles



VOITURE A DÉSINFECTION ET A DOUCHES EN FONCTIONNEMENT AUX ARMÉES.
Maquette de Marcel Grouillet. (Musée du Val-de-Grâce.)



EAU POTABLE AUX ARMÉES.
Peinture de H. Armengol. (Musée du Val-de-Grâce.

l'alimentation en eau parfaitement pure est souvent rendue difficile. Et là encore, comme pour la variole, il s'agit d'une maladie autrefois inévitable pour les troupes en campagne, quelles que fussent les précautions prises, qui frappa dans la guerre de Tunisie un quart de l'effectif et dont l'apparition était fatale dans toutes les agglomérations soumises à l'état de guerre.

J'ai déjà montré au début à quel point les guerres les plus récentes, notamment les guerres balkaniques, avaient été l'occasion d'épidémies de *choléra.*

Averties par de tels précédents, les nations alliées, la France notamment, prirent soin de protéger contre cette terrible infection les troupes qui devaient combattre en Orient; c'est ainsi que furent vaccinés soit par le vaccin chauffé, soit par le vaccin à l'éther, les hommes envoyés au corps expéditionnaire de Salonique. Cette vaccination est d'ailleurs de réalisation plus simple car elle s'accompagne de réactions moins vives que la vaccination antiparatyphique et ne nécessite que deux injections, et par conséquent se peut achever dans un délai très court

La guerre actuelle devait également consacrer la haute valeur de cette méthode de préservation contre le choléra et jusqu'ici, malgré l'explosion discrète de quelques petits foyers épidémiques provenant des armées ennemies, les troupes des armées françaises ont été en contact avec des soldats venant des Indes, de l'Egypte, de l'Asie Mineure et de l'Arabie, terres classiques du choléra, sans que cette maladie ait pu s'installer parmi elles.

Durant le lamentable et douloureux exode de l'armée serbe vers l'Albanie, où l'armée et la nation françaises firent l'effort que l'on sait pour sauvegarder le vaillant petit peuple que décimaient le *typhus* et le *choléra,* tout foyer de diffusion fut rapidement supprimé.

Il me faudrait signaler les mesures de préservation efficaces, contre la *dysenterie :* dysenterie amibienne justiciable d'un traitement non spécifique mais très actif; dysenterie bacillaire, contre laquelle agit efficacement le sérum antidysentérique; contre la *lèpre;* contre la *conjonctivite granuleuse;* contre cette infection d'importation nouvelle, *l'ictère spirochètosique;* contre la *peste.*

Chaque jour, par de nouvelles actions contre d'autres maladies contagieuses la lutte est entreprise et se poursuit, dont les documents scientifiques disent déjà et pourront préciser après la guerre les résultats importants. Ainsi seront connus dans toute leur ampleur les services rendus à l'armée et au pays par ces grandes méthodes protectrices, comme l'apaisement apporté à des souffrances sans nombre par ces découvertes de la biologie.

Et cependant l'œuvre de prophylaxie qui se serait bornée à la seule préservation ou à la guérison des maladies épidémiques dont je viens de parler, serait restée très imparfaite, car elle se fût désintéressée de trois maladies, véritables fléaux que la guerre devait développer dans des proportions graves : *le paludisme* dont l'histoire du corps expéditionnaire d'Orient devait nous montrer toute l'importance; la tuberculose et l'avarie, ces deux dangers sociaux parmi les plus violents qui, en temps de paix, sollicitent l'attention de tous les pouvoirs.

C'est un fait connu des épidémiologistes que le *paludisme* sévit avec une gravité toute particulière sur les armées en campagne dans les pays insalubres. Les exemples sont nombreux d'épidémies devenues désastreuses pour les corps expéditionnaires.

Dès la première année, l'armée d'Orient allait être fort éprouvée par son séjour et son activité dans une région dont l'insalubrité notoire était due surtout à l'embouchure marécageuse du Vardar. Et les fièvres de Salonique allaient présenter une telle gravité qu'on se demanda s'il ne s'agissait pas d'une forme différente du paludisme.

A vrai dire, les faits concernant l'histoire de la malaria que l'on trouve dans les annales de l'armée allaient se reproduire avec une expérience agrandie par suite du nombre des effectifs : à savoir, l'immunité relative des anciens soldats, contingents africains ou coloniaux, la fragilité des nouveaux soldats débarquant en pleine saison estivale et qui, après leur retour en France, devaient être victimes des formes les plus sévères comme les plus rebelles.

De juin 1916 à avril 1917 le rapatriement fut tel qu'on pouvait craindre une réduction sérieuse et durable des effectifs par le fait de développement de lésions chroniques. Par ailleurs on dut se préoccuper du danger que le retour en France des nombreux contaminés pouvait avoir, dans la zone des armées comme dans les régions de l'intérieur.

Les missions envoyées avaient permis de constater le danger et d'en établir les causes, mais les événements militaires ne permettaient pas au commandement de modifier les cantonnements, de suspendre les travaux, de satisfaire aux exigences de la prophylaxie. Sous l'instigation du sous-secrétariat d'État, une commission fut créée, et rapidement un programme fut établi pour une véritable campagne anti-paludéenne, dont les rouages devaient fonctionner à Salonique d'abord, en France ensuite, et qui devait préciser les meilleures modes du traitement. Pour courir d'abord au plus pressé, un traitement intensif fut institué. Des quantités considérables, invraisemblables pourrait-on dire, de sels de quinine furent expédiées en même temps que de sels arsenicaux. On crut tout d'abord, que les formes du paludisme salonicien étaient rebelles à la quinine. Certes on avait pu se trouver en présence de formes associées, ou de cas dans lesquels l'administration du médicament n'avait été ni suffisamment massive, ni suffisamment prolongée. A vrai dire ce n'était pas le paludisme salonicien qui résistait à la médication, mais le poilu qui était rebelle à l'absorption du médicament.

Il fallut s'ingénier à ce que l'administration du médicament devînt effective. Le traitement fut aussitôt intensifié. précisé dans ses doses préventives ou curatives : il fut également contrôlé de façon efficace grâce à l'accord du Service de Santé et du commandement. Des tracts et des images spirituellement conçus furent répandus partout, et firent comprendre au soldat son intérêt et son devoir. La mission antipaludéenne, aidée du Service de Santé du corps expéditionnaire également pourvue de tout le matériel nécessaire, commença et poursuivit avec une activité et un zèle qui devaient rapidement trouver leur récompense, l'application des mesures de prophylaxie : destruction des gîtes d'anophèles, non seulement dans les plaines marécageuses mais aussi sur les collines ou de nombreuses larves furent trouvées; travaux d'aménagement du sol, par drainage, par desséchement des marais. Des cartes furent dressées des zones dangereuses ou des zones plus salubres dans lesquelles, chaque fois que cela fut possible, les cantonnements furent transportés. Des postes de capture d'anophèles furent placés dans les régions les plus insalubres, et tous les moyens furent mis en œuvre pour protéger le soldat — tentes individuelles à moustiquaires, moustiquaires de tête ou de mains pour les gardes nocturnes; grillages disposés aux fenêtres et aux portes des casernements comme des hôpitaux de paludéens. — Un labeur considérable fut ainsi accompli qui permit d'obtenir dans un délai, qu'on ne pouvait prévoir aussi rapide, des résultats remarquables.

Mais les mesures de préservation ne devaient pas se limiter à l'Orient. Nombre des impaludés graves venaient en France achever leur guérison. Or parmi ces impaludés un chiffre important est encore valide, et préfère joui en travaillant du congé de convalescence qui leur est accordé; d'où des raisons multiples de diffusion du paludisme.

Une commission antipaludique, constituée auprès du sous-secrétariat d'État, eut pour mission, tout en étudiant les formes cliniques de paludisme, d'établir la carte des régions de France au point de vue de la faune anophélique, de dresser pour chacune de ces régions le plan de travail qui devait être exécuté par le laboratoire régional de zoologie créé à cet effet et dirigé par un technicien compétent. Ces laboratoires furent chargés également de l'étude biologique de l'anophèle, du cycle du parasite et de son hôte invertébré, et eurent à contrôler les travaux nécessaires à la protection des locaux prévus (casernes ou hôpitaux de paludéens). La décision fut prise en effet, à l'instigation du sous-secrétariat d'État, d'installer des hôpitaux spéciaux où l'impaludé pourra séjourner en moyenne six semaines à deux mois et où durant ce délai, sous la direction d'un médecin particulièrement expert, la médication arséno-quinique sera instituée, et son action précisée par les recherches périodiques de l'hématozoaire dans le sang.

A cet impaludé, un carnet est donné, où se trouvent résumées les indications principales du traitement qu'il aura à suivre durant sa convalescence, traitement qu'il pourra poursuivre chez lui si son foyer se trouve dans une région non paludéenne ou dans une des maisons fondées par l'Assistance aux convalescents militaires.

Puis, comme les médecins directeurs des hôpitaux ainsi spécialisés signalent la gravité des conséquences d'une oisiveté trop persistante et propice aux progrès de l'alcoolisme ou à l'habitude du désœuvrement, des mesures sont prises pour que, soit pendant la durée du traitement, soit pendant la convalescence, l'impaludé soit soumis au travail qu'il est capable d'entreprendre.



VOITURE BUANDERIE-SÉCHOIR AUX ARMÉES.
Peinture de H. Armengol. (Musée du Val-de-Grâce.)

La conséquence de cette œuvre de prophylaxie vigoureusement conduite sur le sol français et sur un sol allié fut des plus démonstrative. Il n'est pas exagéré de dire que la France a remporté sur le paludisme salonicien une victoire imposante, et qu'en menant à bien si rapidement une campagne sanitaire aussi difficile, elle a donné une nouvelle preuve de sa puissance d'improvisation.

Avant la guerre, *la tuberculose* avait déjà pris d'inquiétantes proportions. De nombreuses ligues antituberculeuses avaient été créées, dont la bonne volonté à poursuivre l'étude du problème si complexe de ce danger social dépassait singulièrement les ressources dont elles disposaient pour sa solution.

La loi de 1902 n'avait pu imposer la déclaration obligatoire de la tuberculose, inscrite dans d'autres pays; les tuberculeux étaient soignés dans toutes les formations hospitalières, ou isolés dans des conditions assurément fort imparfaites.

Contre ce danger de la tuberculose, l'armée avant la guerre s'était protégée en faisant des éliminations de plus en plus judicieuses qui avaient diminué notablement la contagion.

Mais, avec la mobilisation d'une grande partie du pays, la tuberculose de l'armée devenait la tuberculose de la nation, dont la guerre devait aggraver et étendre les manifestations. Le danger devenait grand; il importait de prendre des mesures. Ce fut le mérite du sous-secrétaire d'État d'avoir voulu engager la lutte antituberculeuse dans toute son ampleur, et d'avoir ici encore mobilisé toutes les bonnes volontés par un ensemble d'accords avec les pouvoirs civils comme avec des œuvres privées, au premier rang desquelles se place le Comité Américain de protection contre la tuberculose. A cette lutte le sous-secrétariat du Service de Santé s'est employé de toute son activité; les résultats, des plus encourageants, portent déjà en eux les plus belles promesses de progrès pour l'avenir.



FOUR INCINÉRATEUR AUX ARMÉES.
Peinture de J. Dola. (Musée du Val-de-Grâce.)

Au reste la question de la tuberculose est de telle importance qu'elle mérite le chapitre spécial qui lui sera consacré.

Il était également à prévoir que la guerre susciterait dans l'armée comme dans la population civile une recrudescence dangereuse dans la propagation *des maladies vénériennes*, notamment de l'avarie.

Cette crainte s'est malheureusement réalisée et les chiffres si importants de contagion primaire de l'avarie, connus jusqu'ici, montrent combien le mal est étendu et profond; non seulement pour les armées ou populations alliées, mais aussi pour les armées et populations ennemies. C'est là, est-il besoin de le dire, un véritable fléau pour l'individu, mais aussi un danger social pour l'avenir de la race.

Ici encore l'œuvre de défense fut comprise dans un esprit de collaboration étroite avec le Commandement ou les organes du ministère de l'Intérieur. Dans ce but, le sous-secrétariat s'efforça de mettre à la disposition des pouvoirs civils le personnel compétent que la mobilisation lui avait donné et ses ressources, soit en matériel de recherches scientifiques, soit en médicaments nouveaux dont la chimie française allait permettre de récupérer la fabrication. Faisant appel aux sociétés scientifiques, il demanda aux médecins spécialistes de dégager la formule de traitement la meilleure et la plus rapidement efficace.

Certes il ne trouvera guère d'appui dans la législation; qu'il s'agisse des mesures légales de prophylaxie — surveillance et répression de la prostitution sous toutes ses formes, surtout sous la forme de prostitution clandestine. — Si ces mesures sont encore possibles dans la zone des armées, où le pouvoir militaire et la discipline sont absolus et permettent d'écarter la prostitution clandestine des cantonnements et de surveiller la prostitution avouée, ce sont là tâches difficilement réalisables dans la zone de l'intérieur.

Le sous-secrétariat d'ailleurs eut surtout le souci d'écarter le code pénal pour envisager plutôt les mesures libérales de protection. Les décisions très sages qu'il suscita à ce sujet ont permis d'obtenir la collaboration de ceux-là même auxquels elles s'appliquent et qui se sont laissés convaincre par la propagande excellente qui fut formulée intelligemment dans les tracts répandus partout ou annexés aux fiches de traitement.

On songea tout d'abord à la création de centres de traitement dirigés par des médecins de compétence reconnue, pourvus de tous les procédés de recherche diagnostique et des médications les plus efficaces : centres ou



INFIRMERIE RÉGIMENTAIRE (VACCIN ANTITYPHOIDIQUE).
Dessin de Fargeot. (Musée du Val-de-Grâce.)

sous-centres dont l'étiquette ne saurait porter aucun ombrage : services hospitaliers ou dispensaires, qui seront annexés, à l'armée comme dans les régions, aux services ou consultations de dermatologie; qui seront créés également dans les usines de guerre, et dans lesquels de la façon la plus discrète seront données des consultations gratuites suivies d'un traitement qui peut être appliqué sans hospitalisation. Car la science médicale dispose depuis quelques années pour le diagnostic et le traitement des maladies vénériennes, et notamment de l'avarie, de données et de substances nouvelles. La cure de blanchiment, assurée par l'association médicamenteuse arseno-mercurique, qui permettra de faire disparaître rapidement les accidents ulcéreux et inoculables dont le rôle est le plus actif dans la propagation de la maladie, fut ainsi appliquée partout et de façon précoce et énergique.

* * *

La campagne de prophylaxie ne pouvait se borner à protéger la France contre l'invasion des maladies contagieuses qu'une émigration intense et variée pouvait favoriser, elle devait s'étendre dans tous les points où il importait de protéger le soldat français, et là aussi ou une armée alliée avait besoin de secours.

L'œuvre de prophylaxie collective et individuelle que je ne n'ai pu qu'esquisser et à laquelle il convient d'associer l'œuvre de prophylaxie morale incessante qui se poursuivit parallèlement dans l'intérêt du malade convalescent comme vis-à-vis du mutilé, s'est affirmée sur tous les fronts où combat avec les armées alliées l'armée française, et, partout, par une organisation adaptée au but spécial à poursuivre et avec la même énergie de réalisation.

Il appartiendra à l'histoire de dire quel fut le rôle important des missions que le sous-secrétariat d'État du Service de Santé envoya soit pour protéger la vaillante armée serbe durant le douloureux exode vers l'Albanie et pour aider à sa reconstitution, soit pour apporter à la Russie, à la Roumanie, à la Grèce, l'aide scientifique et matérielle qui faisaient défaut à ces nations de l'Entente. On sait déjà que dans l'œuvre de secours international où la France se montra si prodigue, notre Service de Santé contribua pour sa large part à affirmer une fois de plus l'esprit immortel et le prestige de notre pays.

Je voudrais simplement, comme conclusion logique de cette étude, donner un aperçu des réalisations effectives de l'œuvre que je viens d'envisager dans son ensemble.

Cette conclusion, à se borner à la seule observation des faits, peut se résumer dans une formule brève et simple : *Jamais guerre jusqu'à ce jour n'a comporté un bilan sanitaire aussi satisfaisant; il n'est pas d'exemple qu'une guerre ait pu évoluer dans des conditions de sécurité aussi grandes au point de vue de la plupart des maladies contagieuses, endémiques ou épidémiques, et cependant il n'est pas de guerre qui ait jusqu'ici réuni un pareil concours de causes favorables à la propagation de ces maladies contagieuses.* La vérité de cette formule ne saurait être contestée. Le lieu n'est pas ici d'apporter des chiffres, mais il me suffira d'affirmer que la morbidité et la mortalité furent notablement inférieures à celles de temps de paix et pour certaines maladies presque insignifiantes.

Or, comment expliquer cet admirable état sanitaire de l'armée ou de la population françaises ? Doit-on le considérer comme la conséquence naturelle de la protection efficace qu'a pu réaliser l'application combinée des méthodes thérapeutiques les plus rationnelles et des mesures de prophylaxie les plus rigoureuses ? Ou



CAPORAL INFIRMIER A L'AMBULANCE
" EL PRÉPOSÉ AUX PIQURES ".
Dessin de Fargeot. (Musée du Val-de-Grâce.)



Photo Musée du Val-de-Grâce.

DÉSINFECTION DES EFFETS A L'ARRIVÉE.

doit-on admettre que nous avons tout simplement bénéficié d'une période particulièrement favorable, parce que venait de s'achever le cycle périodique de nombre de maladies contagieuses; ce cycle dont la régularité, en dehors d'autres conditions que je ne veux pas envisager, est dominé par l'état d'immunité créé par l'épidémie passée, ou l'épuisement de cette immunité qui favorisera l'épidémie future. On ne saurait écarter de prime abord la part de vérité qu'en temps de paix peut contenir une telle interprétation ; mais l'examen des faits que j'ai exposés plaide déjà contre sa valeur. L'histoire des épidémies nous apprend que les guerres ont toujours, avec le cortège des restrictions, des misères physiques et morales qu'elles engendrent, interrompu la régularité du cycle des maladies contagieuses, pour en activer le retour et en aggraver l'importance; que, même en temps de paix, la seule convocation des soldats, lors de la mobilisation des classes, suffit à élever la courbe des maladies transmissibles; qu'il en fut ainsi pendant cette guerre, et, que seules les mesures de précaution prises ou les traitements appliqués ont pu abaisser très au-dessous du chiffre de temps de paix la morbidité par maladies contagieuses et enrayer les progrès des épidémies qui suivent l'incorporation.

Il est d'ailleurs à remarquer que les puissances ennemies ne semblent pas avoir bénéficié de l'immunité si grande dont a joui l'armée française, même à étudier seulement l'état sanitaire de l'armée allemande en France. Je sais bien qu'à consulter les nouvelles officielles, celles qu'une censure positive impose aux feuilles les plus scientifiques, il semble que les maladies contagieuses dont ils dressaient autrefois méthodiquement un bilan si soigneux ont disparu comme par enchantement de leur pays comme de leurs armées. Or, en réalité, l'armée et la population allemandes ont subi des assauts épidémiques sérieux, et enregistré un grand nombre de victimes, à la variole, aux infections typhiques, paratyphiques et dysentériques, au choléra, au typhus exanthématique, toutes maladies qui ont pris souvent en raison des conditions de vie les formes les plus graves. L'armée et la population austro-hongroises ont payé le plus lourd tribut à la plupart de ces maladies. Et je ne parle pas de l'inquiétude qui se fait jour en Allemagne à la constatation des progrès d'une maladie qu'ils pouvaient s'honorer d'avoir bien combattue : la tuberculose, non plus que des progrès non moins considérables qui se manifestent dans le développement des maladies vénériennes, et cela, malgré la continence admirable (!) du soldat allemand auquel ils adressent de dithyrambiques hommages.

L'état d'immunité relative dont a bénéficié l'armée française, ne résulte donc pas d'un concours fortuit de circonstances heureuses. Notre administration, si souvent critiquée, a donc réalisé, quelquefois sans doute sous l'empire des circonstances, une œuvre de défense prophylactique qui a dépassé en résultats ceux dont l'organisation hygiénique allemande si souvent prônée a pu donner le témoignage. C'est qu'en vérité, sous l'instigation du sous-secrétariat d'État, l'action a pénétré partout, et s'est affirmée, au contact des dures réalités de la guerre, par des résolutions énergiques. C'est qu'un labeur considérable a été entrepris dans un esprit de discipline collective, dont le rendement s'explique par la collaboration étroite que le Service de Santé sut solliciter et obtenir des administrations militaires ou des administrations civiles comme par le souci de mettre à leur place les compétences techniques et de leur donner les initiatives avec les responsabilités.

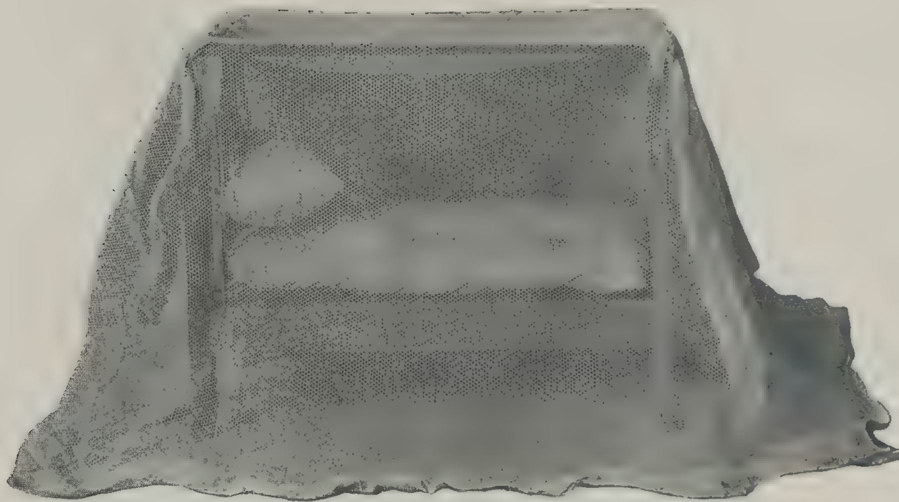
Pour obtenir ces résultats il a fallu de bons ouvriers. Et ce ne sera pas un des moindres mérites du sous-secrétaire d'État de les avoir cherchés où il pouvait les trouver, et les ayant trouvés, de leur avoir donné l'autorité légitime, sans souci des traditions ou des préjugés dont il a pensé que la guerre doit faire table rase; d'avoir voulu, pour se tenir au courant de tous les progrès de la technique médicale comme des conceptions les plus fertiles en applications pratiques, être en contact étroit avec les centres de recherches scientifiques; de s'être astreint, pour montrer l'importance qu'il attachait à l'œuvre commune et l'intérêt qu'il portait à l'œuvre de chacun, à organiser ces réunions périodiques du Val-de-Grâce où se faisait de si bonne besogne. Il me faudrait montrer dans quel esprit se tenaient ces réunions; comment toutes les questions y étaient examinées sans parti pris, sans idée préconçue; comment

sous sa présidence fidèle qui savait résumer et conclure clairement tout débat, les discussions entièrement libres se poursuivaient dans une atmosphère d'amicale collaboration inconnue dans les fastes militaires.

Il me faudrait expliquer aussi pourquoi le sous-secrétaire d'État obtenait de ceux qu'il avait choisis l'effort maximum ! dire comment par une bonne volonté et une activité sans limites, aidés d'une inaltérable bonne humeur, il sut toujours et partout prêcher d'exemple !... Placé à la tête du Service de Santé avec un pouvoir nouveau et des ressources puissantes, il voulut que l'organisation qu'il édifiait eût une basse solide et des répercussions durables : qu'elle pût satisfaire au présent mais aussi prévoir l'avenir; servir l'armée mais aussi le pays.

L'œuvre n'est pas terminée; elle ne prétend pas être parfaite; elle peut avoir comporté la part d'erreurs et de défaillances qui appartiennent aux réalisations humaines. Elle trouvera des artisans qui s'attacheront à la développer, à la compléter; qui sauront appliquer avec énergie et continuité les méthodes de prophylaxie et de thérapeutique qui pourront naître demain. Telle quelle, elle peut et doit témoigner au pays que ses enfants, défenseurs de nos droits et de nos libertés, à qui vont notre tendresse et notre reconnaissance, sont l'objet de toute la sollicitude du Service de Santé. Elle peut témoigner que le sous-secrétariat d'État a su donner au malade comme au blessé la protection qui lui est due et que l'admirable effort de prophylaxie et de traitement réalisé contre les maladies contagieuses sera une des pages glorieuses de l'histoire du Service de Santé militaire.

Dr PIERRE TEISSIER,
de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté.



LIT AVEC MOUSTIQUAIRE (ARMÉE D'ORIENT)
Maquette. Musée du Val-de-Grâce.

CHAPITRE VIII

LA CHIRURGIE PENDANT LA GUERRE

L'ÉVOLUTION DE LA CHIRURGIE DE GUERRE

En 1914, la chirurgie de guerre reposait sur l'expérience des campagnes précédentes.

Les plaies étaient en majorité produites par des balles de fusil : leur évolution était relativement très simple.

Evacuer loin sans opération précoce, et opérer au minimum : tels étaient les deux grands principes.

La guerre actuelle, avec la prédominance des plaies par projectiles d'artillerie, a inversé cette formule. Opérer toujours et le plus vite possible ; n'évacuer que des blessés opérés : telle est la règle actuelle.

Cette évolution de la chirurgie de guerre ne s'est faite que grâce à la connaissance sans cesse améliorée de l'évolution biologique de la plaie de guerre.

Toute plaie est infectée, soit par l'éclat d'obus, soit par les débris vestimentaires chargés de terre qu'à sa suite il a entraînés dans les tissus.

Toute plaie comporte une attrition plus ou moins importante des tissus qui entourent son trajet. Ces tissus sont dévitalisés, infiltrés de sang ; ils sont destinés à la mortification ; qui plus est, du fait que mortifiés, ils n'opposent aucune défense à l'infection, ils constituent un milieu de culture excessivement propice au développement des germes de la plaie.

La plaie ainsi constituée évolue en deux phases bien distinctes :

Dans les premières heures la plaie de guerre contient des germes, mais en petit nombre et dispersés à sa surface ; elle est « contaminée » en surface. Cette période dure huit heures environ.

A partir de ce moment les germes pullulent au sein des tissus dévitalisés, pénètrent en profondeur ; la plaie est infectée, et la qualité particulièrement virulente des germes apportés dans les plaies de guerre (germes anaérobies, streptocoque) les expose aux pires complications infectieuses.

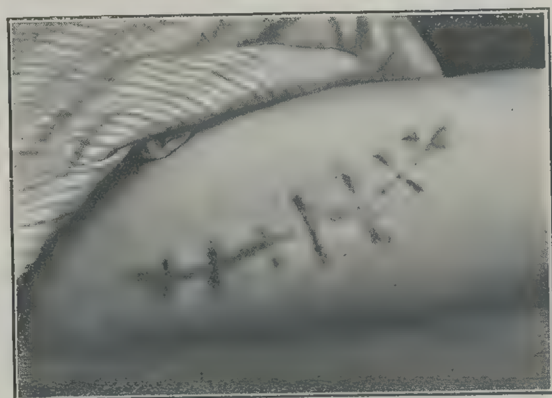
La connaissance exacte de cette évolution d'une plaie de guerre conduit aux conclusions suivantes :

Aucun blessé ne doit plus être évacué sinon sur un centre chirurgical où il trouvera, dans le délai de dix heures, l'opération qui lui est nécessaire ; les évacuations à de longues distances ne sont plus permises.

Toute plaie de guerre doit être opérée, et dans la phase de contamination, en un mot le plus près possible de sa production.

La plaie doit être traitée par le débridement pour en explorer tout le trajet.

A ce débridement, en lui-même parfaitement insuffisant, il faut ajouter l'excision de tous les tissus mortifiés (Gaudier, de Lille), et l'ablation de tous les corps étrangers, balles, éclats de toutes sortes, débris vestimentaires ou autres. Cette opération complexe, difficile dans son exécution comme dans sa mesure, pratiquée dans la phase de contamination superficielle, d'infection en surface, transforme la plaie de guerre contaminée en une plaie chirurgicale pratiquement aseptique. Les multiples examens de laboratoire le prouvent journellement. La plaie ainsi traitée est mise à l'abri de toute complication septique. Mais il est des plaies qui, du fait de leur importance, de leurs trajets spéciaux, ne peuvent être suffisamment excisées ; celles-là demeurent infectées, leur large débridement s'oppose à la propagation de l'infection, elles ne sauraient être traitées comme les premières.



PLAIE PAR ÉCLAT D'OBUS DE LA CUISSE.
(Voir planches en couleurs.)
Suture immédiate de la plaie. Résultat au 11e jour.

Cet acte chirurgical fondamental accompli, la plaie opératoire est



ÉCLATS D'OBUS MULTIPLES, DONT UN DANS LE TIBIA.
Suture primitive.

ou bien pratiquement aseptique et elle peut être suturée; c'est la suture primitive des plaies de guerre; ou bien elle est septique, alors elle doit être stérilisée — pour n'être secondairement fermée que lorsqu'elle sera devenue pratiquement aseptique — c'est la suture secondaire après stérilisation progressive.

Ces grands principes desquels découle l'impérieuse nécessité d'opérer, le plus vite possible, tous les blessés, ont amené de profondes modifications dans l'organisation du Service de Santé.

Le chirurgien doit être aux armées, et le plus près possible des lignes pour opérer le plus vite possible.

Il serait nécessaire que tout blessé fût immédiatement opéré; le corps chirurgical aux armées ne sera jamais trop nombreux.

La nécessité d'opérer tous les blessés a amené l'organisation d'immenses centres chirurgicaux qui sont nos actuels hôpitaux d'évacuation H. O. E.

Le chirurgien doit avoir à sa disposition une installation parfaite, un matériel complet; ses assistants doivent être nombreux.



SECTION PAR ÉCLAT D'OBUS DU TRAPÈZE ET DU GRAND DORSAL.
Excision très large. Suture immédiate des muscles. Résultats fonctionnels.

La collaboration d'un radiographe expérimenté pour l'examen de tout blessé sans exception, pour la localisation des projectiles qui doivent tous être extraits, d'un bactériologiste pour l'examen de toutes les plaies de guerre, est devenue indispensable. Il n'est point possible aujourd'hui de concevoir une chirurgie qui ne repose pas sur de tels examens scientifiques.

L'évolution de la chirurgie de guerre est donc une véritable révolution.

La formule ancienne était : peu d'opérations ; évacuation des blessés à lointaine distance; chirurgie de fortune sans compétence établie, sans organisation matérielle, sans aucun contrôle scientifique.

La loi chirurgicale actuelle est la suivante : tout blessé doit être opéré le plus vite possible par un chirurgien de carrière. Un délai de douze heures entre la blessure et l'opération ne devrait pas être dépassé.



FRACTURE DES OS DE LA FACE ET DE LA MASTOÏDE.
Suture primitive. Résultat au 16ᵉ jour.

Le chirurgien doit avoir des assistants nombreux : chirurgiens, anesthésistes expérimentés, radiographes, bactériologistes. Il doit pouvoir trouver autour de lui à tout instant le conseil médical nécessaire, et le conseil spécial; la collaboration constante d'un oculiste, d'un neuro-pathologiste, d'un oto-rhino-laryngologiste lui est indispensable.

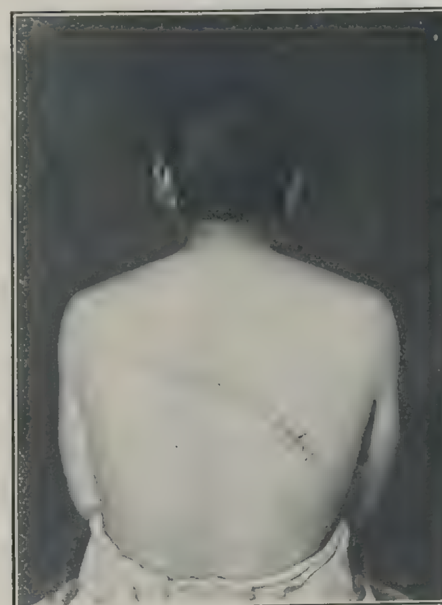
Cette formule est appliquée dans l'armée française; les installations chirurgicales dans les ambulances chirurgicales automobiles, dans les centres chirurgicaux ne laissent actuellement rien à désirer. L'utilisation des compétences professionnelles, leur groupement suivant les nécessités est une réforme accomplie.

Quels sont les résultats pratiques donnés, et par cette connaissance de l'évolution biologique des plaies de guerre, et par l'organisation du Service de Santé qui en est résultée ?

On peut dire que dans toutes les parties de la chirurgie la révolution est complète.

Le traitement opératoire précoce des plaies de guerre a tout

d'abord fait presque complètement disparaître la plus terrible de leurs complications : la gangrène gazeuse.



PLAIE PAR ÉCLAT D'OBUS
SECTION DE TOUS LES MUSCLES DU DOS.
Suture immédiate des muscles. Résultat au 20e jour.

Elle n'existe plus que par cas isolés, dus presque tous à ce que le blessé n'a pu être relevé que très tard, et ne venir au chirurgien qu'après de très longues heures.

La chirurgie précoce est, avant tout, la chirurgie prophylactique de l'infection de la plaie.

Le débridement, l'excision des plaies de guerre, l'ablation systématique de tous les corps étrangers, rendent la plaie opératoire pratiquement aseptique.

Cette intervention permet la suture primitive immédiate des plaies de guerre dans 70 °/o des cas en moyenne.

Très discutée, cette méthode n'expose ni aux accidents graves, ni aux échecs qu'on lui a imputés. Elle compte 4 °/o d'insuccès partiels. Elle est applicable à toutes les plaies de guerre, elle nécessite simplement, une compétence chirurgicale réelle, un délai de douze heures maximum entre la blessure et l'intervention, une surveillance de quinze jours après l'opération.

La suture primitive immédiate est actuellement, sans conteste, le traitement de choix de toutes les plaies de guerre.

En période de gros afflux de blessés la suture primitive n'est pas possible parce qu'elle nécessite une hospitalisation de quinze jours.



PLAIE AU GENOU PAR ÉCLAT D'OBUS, FRACTURE PARTIELLE DE LA ROTULE ET DU FÉMUR.
Arthrotomie en U. Suture immédiate. Résultats fonctionnels au 20e jour.

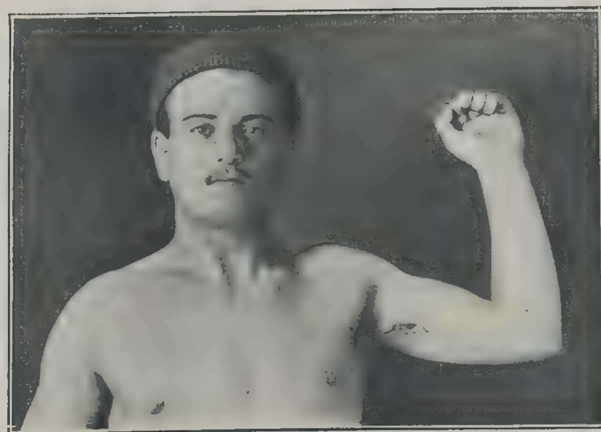
Le blessé dont la plaie a été traitée opératoirement par l'excision mais non suturée, peut être évacué, car il est par l'opération précoce, mis à l'abri de toute complication infectieuse. L'état d'asepsie pratique de sa plaie, recouverte d'un simple pansement aseptique, se maintient plusieurs jours. La plaie peut alors être suturée dans les hôpitaux de l'arrière.

Cette suture primitive retardée est possible, d'après l'expérience récente de deux offensives, dans 80 °/o des cas.

Les plaies qui n'ont pu être mises par l'opération précoce en état d'asepsie pratique, ou qui sont arrivées au chirurgien en état d'infection constituée ne peuvent être suturées. Leur stérilisation progressive doit être pratiquée; c'est le mérite de Carrel d'avoir donné une méthode qui assure la possibilité de la suture secondaire des plaies dans un délai plus ou moins long.

Dans les chirurgies spéciales l'évolution actuelle de la chirurgie de guerre se juge par des progrès non moins éclatants.

Les plaies de guerre des articulations étaient parmi les plus graves. Avec les anciennes méthodes la mortalité était de 20 °/o; l'amputation devenait nécessaire dans 35 °/o des cas. La chirurgie aseptique, la conservation opératoire poussée au maximum, la suture immédiate de toutes les plaies articulaires donne 95 °/o de succès complets. Et la fonction du membre est tantôt normale, tantôt peu réduite.



SECTION DE BICEPS PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture immédiate. Résultat fonctionnel.

Dans les cas qui échouent, la résection primitive ou secondaire donne d'excellents résultats.

Les fractures de guerre comptaient hier encore parmi les blessures les plus graves. N'en était-on pas venu dans certains cas bien déterminés à l'amputation d'emblée pour sauver l'existence du blessé ?



SÉRIE DE 13 PLAIES DU GENOU PAR ÉCLATS D'OBUS.
Arthrotomie et suture immédiate de l'articulation. Résultats fonctionnels.

La méthode de Carrel a rendu l'amputation exceptionnelle. La stérilisation progressive du foyer de fracture est devenue la règle.

Aujourd'hui enfin il apparaît que la fracture de guerre peut être, comme toute plaie de guerre, traitée par la fermeture immédiate, et la fracture ouverte transformée en fracture fermée ne connaît plus ni les longues suppurations, ni les amputations tardives. L'avenir prochain, il faut l'espérer, permettra de généraliser cette méthode.

La chirurgie des plaies de guerre de l'abdomen dans les guerres précédentes était à ce point décevante que l'abstention était devenue la règle. Le transport rapide des blessés, la présence des chirurgiens dans les lignes, l'amélioration de l'organisation chirurgicale ont permis, sous l'inlassable impulsion de Quénu, de revenir à la formule logique de l'intervention systématique.

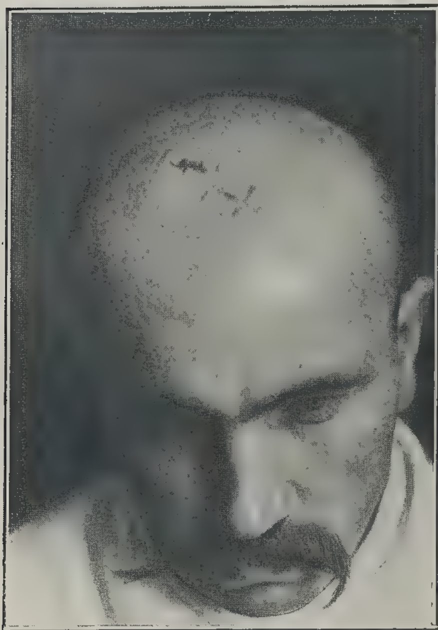
La laparotomie précoce dans les plaies pénétrantes de l'abdomen donne actuellement 53 °/o de succès.

La chirurgie du poumon est la conquête la plus récente de la chirurgie de guerre.

Jusqu'ici le seul traitement des plaies pénétrantes de poitrine était l'abstention, l'immobilisation absolue des blessés; la chirurgie n'intervenait que pour combattre les accidents pleuraux. La mortalité était considérable.

L'amélioration de la technique opératoire, la possibilité d'intervenir tôt, ont permis d'opérer sur le poumon comme sur toute autre partie du corps.

La plaie de guerre du poumon est traitée suivant les mêmes principes que toute plaie de guerre; les corps étrangers sont enlevés, la plaie peut être excisée, suturée, le thorax complètement fermé; les hémorragies pulmonaires et le pneumo-thorax ouvert, qui sont les deux grandes causes de mort rapide, sont combattues, l'une par la suture hémostatique du poumon, l'autre par la fermeture totale du thorax sans drainage.



PLAIE CRANIO-CÉRÉBRALE, ESQUILLES ET PROJECTILE INTRA-CÉRÉBRAL.
Suture immédiate. Résultat au 15ᵉ jour.

Les résultats obtenus sont remarquables.

Ici, plus que partout ailleurs, l'évolution actuelle de la chirurgie de guerre marque un très grand progrès, et le traitement des plaies du poumon ouvre des horizons nouveaux à la chirurgie générale du poumon.

L'évolution de la chirurgie dans le traitement des plaies de guerre est marquée depuis 1914 par des étapes bien distinctes.

La notion que toute plaie de guerre est infectée conduit tout d'abord au débridement systématique. Toute plaie est débridée, mais elle est laissée à son évolution spontanée, à la cicatrisation lente. C'est la période des amputations secondaires pour arrêter l'infection envahissante. C'est la



PLAIE DU POUMON PAR ÉCLAT D'OBUS.
Ablation de l'éclat. Suture du poumon. Suture du thorax. Guérison parfaite au 19ᵉ jour.

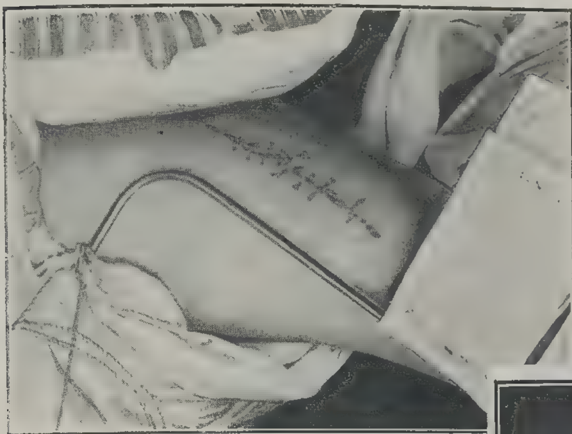
période des cicatrices adhérentes, des scléroses musculaires, des impotences fonctionnelles plus ou moins graves. Dans la chirurgie articulaire la guérison par ankylose apparaît comme une heureuse solution.

La chirurgie est surtout faite dans les hôpitaux du territoire, chirurgie de réparation, de correction.



FRACTURE DE L'HUMÉRUS PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture primitive. Appareil de Pécharmant.

Dans une seconde période, la méthode de Carrel, la stérilisation progressive de la plaie sous le contrôle bactériologique régulier, permet la désinfection de la plaie et sa suture secondaire à la période d'amicrobie.



FRACTURE SOUS-TRACHANTÉRIENNE DU FÉMUR. FRACTURE DU COL ET DE LA TÊTE DU FÉMUR PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture primitive retardée au 6e jour.

Ce fut un immense progrès, un service incomparable rendu aux blessés; les plaies des parties molles sont régulièrement suturées; les articulations voient disparaître l'arthrite purulente, les fractures peuvent être fermées dans un délai assez court; la pleurésie purulente est rapidement tarie.

D'autres méthodes naissent qui assurent ainsi cette stérilisation progressive (chlorure de magnésium Pierre Delbet, éther); la sérothérapie vient en aide à l'action chirurgicale (Leclinche et Vallée).

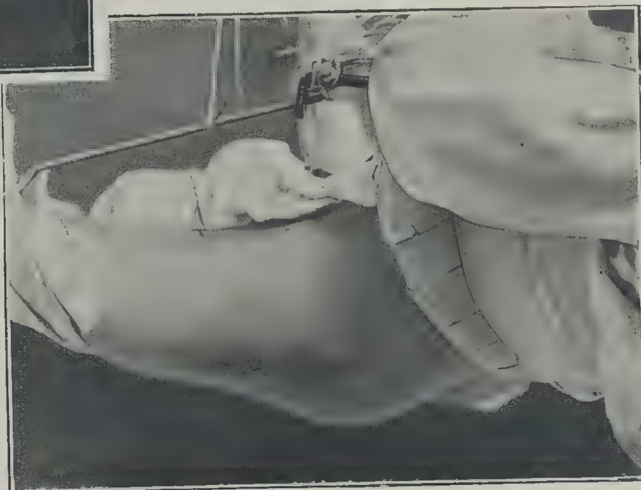


FRACTURE DE JAMBE AU TIERS MOYEN.
Suture immédiate avec suture métallique du tibia.
Résultat au 20e jour.

Déjà, par des efforts isolés, mais qui apparaissaient comme des entreprises hardies, et souvent violemment critiquées, la réunion primitive des plaies de guerre s'érige comme la méthode de choix.

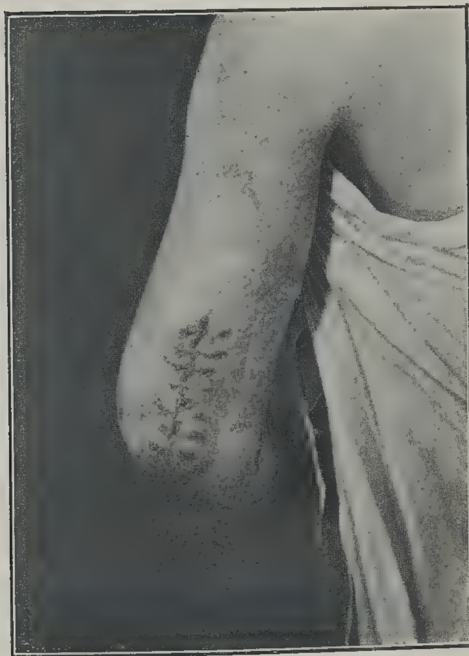
La troisième période est caractérisée par le triomphe incontestable de cette chirurgie aseptique.

Plus de chirurgie de guerre spéciale, plus de traitements spéciaux, ni préventifs, ni curatifs.



FRACTURE SOUS-TRACHANTÉRIENNE DU FÉMUR PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture immédiate.

La plaie de guerre opérée tôt et complètement par l'excision de tous les tissus mortifiés peut et doit être considérée comme rendue pratiquement aseptique. Elle peut être immédiatement suturée, ou la suture, si les conditions de travail intensifs l'exigent, peut être retardée de quelques jours, et donner d'aussi nombreux succès.

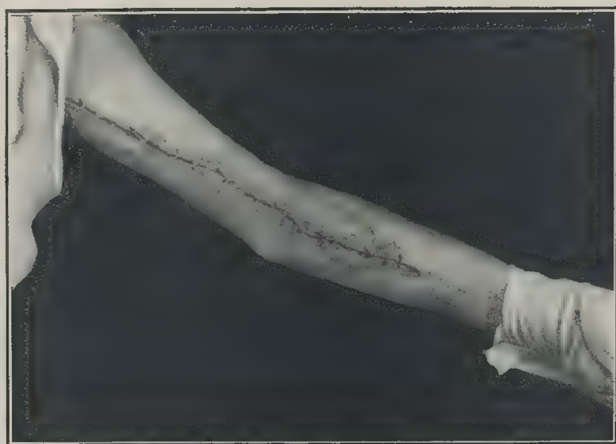


FRACTURE DE L'HUMÉRUS PAR ÉCLAT D'OBUS
Suture primitive.
Résultat au 24e jour.

La suture primitive immédiate ou retardée s'affirme comme la méthode de choix; l'immense expérience des chirurgiens aux armées permet de la généraliser : l'amélioration matérielle des installations chirurgicales la rend partout réalisable. Elle repose entièrement sur l'excision des plaies, et Gaudier (de Lille) doit voir son nom éternellement attaché à cet immense progrès.

La suture primitive, immédiate ou retardée, permet la guérison rapide

des plaies des parties molles; les articulations sont d'emblée fermées; les plaies cranio-cérébrales sont suturées immédiatement et la hernie du cerveau disparaît; les fractures commencent à être rapidement transformées en fractures fermées de guérison rapide et simple; les plaies du poumon sont traitées par opération précoce, comme les plaies des parties molles, et la guérison est la règle; l'amputation est réservée aux fracas des membres. La conservation est poussée à l'extrême. Diminution considérable de la mortalité, rapidité de guérison; qui plus est, qualité de guérison infiniment supérieure.



GANGRÈNE GAZEUSE DE L'AVANT-BRAS ET DU BRAS.
Stérilisation de la plaie par la méthode de Carrel.
Suture secondaire au 32e jour.
(Voir planche en couleurs.)

Le temps n'est plus où de guérir les plaies de guerre, de diminuer leur effroyable mortalité était la suprême préoccupation. La guérison aujourd'hui est régulièrement et rapidement obtenue.

Mais il convient de rechercher la meilleure qualité. A la restauration anatomique doit s'ajouter la guérison fonctionnelle.

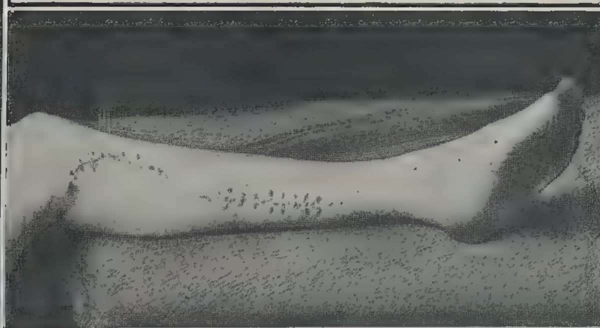
Mobilité des articulations, restauration de la fonction musculaire dans les fractures, rétablissement de la fonction des muscles suturés dans les plaies des parties molles, retour à leur fonction normale des poumons atteints de

(1)

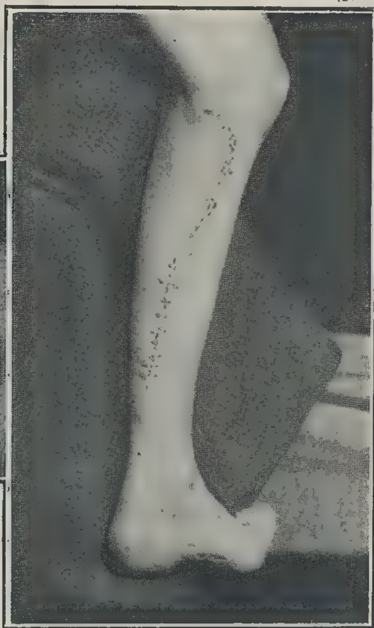


GANGRÈNE GAZEUSE DU MOLLET.
Stérilisation par la méthode Carrel.
(Voir planche en couleurs.)

(2)



(3)

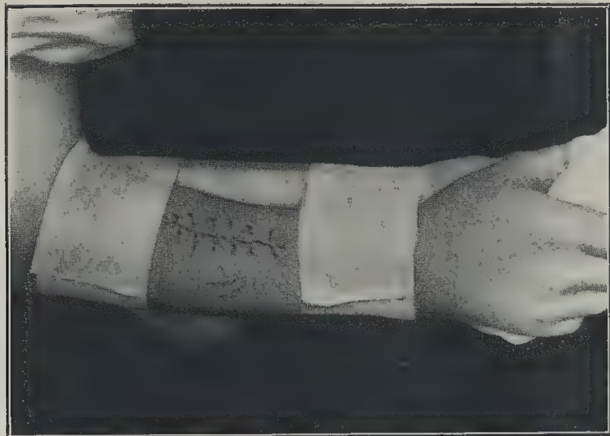


1. — Suture secondaire au 19e jour.
2 et 3. — Résultats fonctionnels parfaits 39 jours après la blessure.

plaies de guerre : tels sont les résultats que la chirurgie de guerre commence à obtenir actuellement. La qualité de la guérison devient son but présent.

Pour juger des résultats actuellement obtenus en chirurgie de guerre, rien ne saurait mieux donner une idée précise que la statistique d'une armée pendant une récente offensive.

Mortalité générale des blessés opérés, 6 °/o.



FRACTURE DE RADIUS PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture primitive retardée au 4e jour.

Suture primitive des plaies de guerre dans 70 °/o des cas dans les formations d'armée.

Suture primitive retardée dans 80 °/o des plaies opérées dans les formations avancées, et traitées définitivement à l'arrière.

Nécessité de la stérilisation progressive des plaies opérées, 10 °/o.

Chirurgie articulaire, 97 °/o de guérison.

Chirurgie cranio-cérébrale, mortalité, 10 °/o.

Plaies du poumon, mortalité 11 °/o.

Plaies pénétrantes de l'abdomen, 55 °/o de guérison.

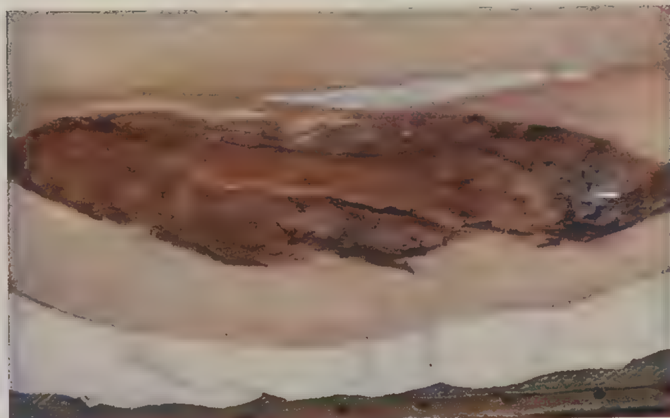
Amputations, 0,9 °/o.

Dans les cinq semaines qui suivirent l'offensive, 84 °/o des blessés étaient guéris.

LA CHIRURGIE PENDANT LA GUERRE



GANGRÈNE GAZEUSE DU BRAS ET DE L'AVANT-BRAS.



STÉRILISATION DE LA PLAIE PAR LA MÉTHODE CARREL.
RÉSULTAT AU 13[e] JOUR.



PLAIE DE LA CUISSE PAR ÉCLAT D'OBUS. PIÈCE OPÉRATOIRE D'INCISION.
L'ÉCLAT D'OBUS EST COMPRIS DANS LA MASSE DES MUSCLES INCISÉS.



GANGRÈNE GAZEUSE DU MOLLET.



VASTE PLAIE DES MUSCLES DU BRAS.
TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE CARREL.

Autochromes Pierre Duval

Aristide Quillet, Editeur.



FRACTURE DU CUBITUS PAR ÉCLAT D'OBUS.
Suture immédiate. Résultat au 15ᵉ jour.

Ces chiffres sont un hommage à la chirurgie française.

Ces incontestables progrès n'ont pu être obtenus que par une amélioration générale du Service de Santé. M. le sous-secrétaire d'État l'a réalisée avec une inlassable ténacité, suivant lui-même l'évolution scientifique de la chirurgie de guerre que nos Sociétés Savantes faisaient connaître, tenant compte des conseils donnés par les commissions des sociétés chirurgicales, comme aussi des suggestions venues des individualités qui vivaient la dure vie de chirurgien aux armées.

La chirurgie de guerre a évolué avec une rapidité incroyable, que seule explique l'immense expérience acquise en trois ans.

Est-il permis d'espérer que les progrès continueront à être aussi rapides, que les magnifiques résultats aujourd'hui obtenus, seront encore et rapidement dépassés.

PIERRE DUVAL
Médecin-chef de l'Ambulance chirurgicale automobile 21.
Chirurgien consultant de la 7ᵉ Armée.
Aux Armées. Octobre 1917.

LES BLESSURES DE LA FACE

Les blessures de la face ont été observées au cours de cette guerre avec une étonnante fréquence. Leur complexité, les mutilations sans nombre qui en sont la conséquence, la difficulté de leur traitement ont forcément attiré l'attention d'une façon particulièrement pressante. Des services spéciaux ont dû être organisés pour recueillir cette multitude de blessés et mutilés de la face. De grands efforts ont été faits pour effacer ou pallier leurs difformités ; on peut affirmer que ces efforts n'ont pas été inutiles et que les résultats obtenus sont des plus consolants. Jamais l'activité chirurgicale ne trouva à s'exercer matière plus diverse, ni tâche plus délicate ; jamais non plus elle ne fut sollicitée par un objet plus passionnant. Cette œuvre de chirurgie réparatrice qui s'annonçait ingrate et pénible s'est trouvée finalement attrayante et digne au plus haut point du labeur le plus attentif. La chirurgie faciale s'est élargie, modifiée et perfectionnée. De nouvelles méthodes ont surgi, exceptionnellement fécondes, de vieux procédés heureusement modifiés ont été adaptés aux nécessités nouvelles. Les patients en ont bénéficié largement : il n'est plus possible de compter tous ceux qui ont pu rentrer dans la vie, avec un visage normal, ou tout au moins acceptable, après avoir été cruellement défigurés. Ces formes nouvelles ou renouvelées de la chirurgie réparatrice seront, dans ce travail, exposées avec les développements indispensables. Nous serons naturellement très bref sur les lésions assimilables à celles des autres régions et leur traitement, que l'on peut ramener, à de légères différences près, aux règles habituelles de la pratique.

Contrairement à l'anatomie, mais d'accord avec le langage courant, avec la répartition fréquente des blessures et leur mode d'association, d'accord surtout avec les habitudes de la chirurgie réparatrice, nous ne pouvons exclure de cette étude les traumatismes intéressant la partie frontale du crâne et les difformités qui en découlent. Tout ce qui contribue à l'expression faciale, tout le visage, nous appartient. Les intéressés ne s'y trompent point et les mutilés du front se considèrent comme des blessés de la face. Ils nous sont d'ailleurs adressés comme tels, ce qui prouve que cet abus de langage correspond à une réalité pratique. On verra par la suite combien de méthodes de traitement communes justifient ce rapprochement.

Les organes importants sont accumulés avec une telle abondance dans les diverses régions de la face que l'on peut s'étonner de les voir parfois traversées par des projectiles sans qu'il en résulte aucun dommage, aucune lésion sérieuse. Ce sont surtout les balles de fusil ou de mitrailleuse qui réalisent cette sorte de paradoxe. Il faut pour cela que le projectile ne heurte dans son trajet aucune pièce osseuse résistante, qu'il rencontre par exemple le massif maxillaire supérieur à la hauteur des sinus dont les parois sont très minces, ou qu'il passe exclusivement dans les parties molles

Il en va tout autrement quand la balle vient frapper quelque os très dur comme le maxillaire inférieur, particulièrement au niveau de son arc horizontal, ou le malaire. Les dégâts sont alors considérables; l'os se brise comminutivemnt; les esquilles, habituellement nombreuses, se répandent dans l'épaisseur des parties molles ; le traumatisme se multiplie et s'amplifie et des dégâts énormes en sont le résultat. Les désordres sont tels que les blessés ont une tendance générale à admettre qu'ils ont été atteints par des balles explosibles. Que l'ennemi ait employé de tels projectiles, je n'en sais rien; mais ce qui est certain c'est que les balles ordinaires suffisent amplement à produire des ravages complexes, et des mutilations impressionnantes au plus haut degré.

L'orifice de sortie du projectile contraste par sa forme et ses dimensions avec la plaie d'entrée. Celle-ci est en général très petite, large de quelques millimètres, ou punctiforme. Elle n'apparaît pas toujours à première vue. En tout cas elle ne retient guère l'attention du blessé, qui invariablement se trompe et nous indique comme porte d'entrée du projectile la blessure par laquelle il a au contraire fait issue. Sans doute ce n'est pas là une règle spéciale à la face, mais nulle part cette opposition entre la plaie d'entrée et la plaie de sortie n'est aussi saisissante.

La plaie de sortie est une sorte de cratère aux parois ravinées, d'où partent de larges fissures s'irradiant en tous sens, montrant des esquilles libres, des débris osseux encore retenus aux parties molles, des débris de muscles ou de tendons, fréquemment le sinus maxillaire béant ou les fosses nasales exposées, plus souvent la cavité buccale largement ouverte, avec des dents brisées, des fragments de mâchoire mobiles, la langue déchirée et tuméfiée, les lèvres déchiquetées.

Il est positivement rare que les balles de fusil s arrêtent dans l'épaisseur des parties molles ou le squelette de la face, ce qui est au contraire très commun dans les blessures par éclats d'obus ou les balles de schrapnell. On conçoit qu'il n'y ait aucune différence essentielle dans les lésions produites par ces derniers projectiles et celles que causent les balles de fusil. Cependant les plaies par balles de schrapnell en général sont moins complexes, les désordres sont moins étendus, il est exceptionnel que la face soit traversée d'un côté à l'autre. Il arrive que le projectile glisse contre les os, ou s'arrête à leur contact.

Ce sont les fragments d'obus qui provoquent les lésions les plus variées, variables avec leur volume, leur vitesse. Ils déterminent parfois d'énormes fracas; écrasement de la face, arrachement de la mâchoire inférieure, grands traumatismes cranio-faciaux généralement suivis d'une mort rapide. Nous voyons plus souvent des blessures plus limitées ou des fractures plus ou moins comminutives des mâchoires ou d'autres os de la face s'associant à des dilacérations irrégulières, et à des ablations toujours sérieuses des parties molles.

L'agent vulnérant peut tomber dans la cavité buccale et être rejeté par le blessé, il peut aussi décrire un trajet en séton, mais la règle est qu'il demeure inclus dans l'épaisseur du massif facial ou dans son voisinage. Il se loge par exemple dans un des sinus maxillaires, dans l'orbite, dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Ces grandes blessures de la face sont très variées dans leur disposition, leur étendue, leur siège et l'importance des mutilations. Aussi, croirait-on au premier abord qu'il est tout à fait impossible de les classer, de les répartir en groupes. Il n'en est rien. Sans doute, sur une longue série de blessés faciaux, il est très difficile de rencontrer deux cas identiques, mais on en trouve beaucoup de comparables. Aussi est-il relativement facile de reconnaître, même après une courte expérience, certains types de mutilations qui reviennent très fréquemment. Sans pouvoir nous étendre sur cet intéressant sujet, nous indiquerons cependant quelques-uns de ces types :

Plaie antéro-postérieure latérale de la face. Le projectile pénètre dans la région sous-orbitaire, au niveau du nez, ou de la partie antérieure de la joue, pour faire issue dans la région parotidienne, ou dans la région sterno-mastoïdienne supérieure. La plaie d'entrée est punctiforme, destinée à se cicatriser en peu de jours, en laissant une trace à peine visible. La plaie de sortie est large, irrégulière, prolongée par cinq ou six fissures labourant les téguments, la parotide. Le projectile a rasé le maxillaire supérieur ou traversé les minces parois du sinus maxillaire. Plus loin il a rencontré la branche montante du maxillaire inférieur, et cette pièce osseuse très résistante a été brisée comminutivement ; plus loin il a fait éclater le tissu parotidien, et chemin faisant a lésé le nerf facial. Le blessé est exposé à une déviation de la mâchoire inférieure du côté lésé en raison de la fracture de la branche montante. Il peut avoir des hémorragies graves par lésion de la carotide externe dans la région parotidienne.

La paralysie faciale peut guérir si elle est due à un simple frôlement à une contusion du nerf ; elle est définitive dans le cas de section, si le tronc nerveux ne se régénère pas : d'où distorsion permanente de la bouche, et impossibilité de fermer l'œil du côté de la blessure. En outre une fistule salivaire glandulaire persistera souvent. Et de plus l'ouïe peut être altérée, soit par ébranlement labyrinthique, soit par lésion de l'oreille moyenne ou du conduit auditif, ou à la suite de complications infectieuses.

Autre type: plaie transversale basse; le projectile, balle ou éclat d'obus frappe perpendiculairement ou sous une obliquité légère l'arc horizontal de la mâchoire, fracture l'os, brise une ou deux dents, passe à travers la cavité

buccale, en déchirant la langue, heurte encore l'arc horizontal en provoquant une nouvelle fracture, encore plus complexe et comminutive que la première, détruisant un grand nombre de dents et une large étendue de l'os, et finalement fait issue en déterminant de vastes déchirures des parties molles. La conséquence immédiate et la plus importante du traumatisme est la chute de la partie antérieure de la mâchoire ; celle-ci est attirée en bas et en arrière par es muscles qui y prennent insertion. Les dents qu'elle supporte ne peuvent plus entrer en contact, ne s'articulent plus avec les dents de la mâchoire opposée. Si l'on n'y apporte un soin extrême ce défaut d'articulation deviendra permanent et l'on n'y pourra remédier plus tard qu'avec beaucoup de peine. Le blessé est en outre exposé à des hémorragies primitives abondantes et même à des hémorragies secondaires, à l'infection et à la suppuration des foyers de fracture, qui est facilement et même constamment réalisée, en raison de leur communication avec le milieu buccal septique ; à des phlegmons du plancher de la bouche et du cou, à des complications pulmonaires, plus tard à des cicatrices adhérentes des joues et de la langue, à la perte de plusieurs dents, enfin et surtout à une pseudarthrose uni ou bilatérale, avec ou sans attitude vicieuse.

Que le projectile passe un peu plus en avant, toujours en direction transversale, et nous aurons un autre type, également très commun, offrant lui aussi de grandes difficultés de traitement. La partie moyenne de l'arc horizontal est réduite en miettes et souvent détruite sur une étendue de deux ou trois travers de doigts. Les incisives, les canines sont brisées ou emportées ; la lèvre inférieure, les téguments du menton sont hachés et déchiquetés et leurs débris pendent misérablement, éparpillés autour du foyer béant. La salive coule perpétuellement hors de la bouche ; la langue, qui a perdu son attache antérieure, est attirée en arrière par ses muscles postérieurs. Elle tend à tomber dans le pharynx et à masquer l'orifice supérieur du larynx. Il en peut résulter de graves accidents de suffocation, susceptibles d'entraîner une mort rapide. Par la suite les fragments de la mâchoire se placent en position vicieuse, si toutefois l'on n'y remédie par l'application précoce d'appareils destinés à prévenir cette difformité. La partie moyenne de l'arc horizontal ayant subi une perte de substance, les fragments latéraux se rapprochent l'un de l'autre par leurs extrémités antérieures, arrivent au contact, se soudent en formant un angle aigu. L'articulation des dents est impossible. Quand on n'intervient pas de bonne heure pour prévenir cette difformité, on sera contraint plus tard de pratiquer une opération orthopédique pour rétablir l'articulation dentaire et permettre la mastication.

Un type de blessure qui n'est pas rare est le suivant :

L'agent vulnérant pénétrant au voisinage de la pommette traverse obliquement le massif facial, détruit une partie de la voûte palatine, brise quelques dents, et sort en déchirant la joue. La perforation du palais peut s'oblitérer spontanément, mais le plus souvent persiste, mettant ainsi la bouche en communication permanente avec les fosses nasales, infirmité des plus tristes.

En sortant, le projectile a pu rencontrer le canal de Sténon. La lésion de ce conduit entraîne fréquemment l'établissement d'une fistule salivaire. En outre, dans un cas comme celui-ci, la balle ou l'éclat d'obus en traversant la région malaire et la partie supérieure du massif maxillaire détermine fréquemment par ébranlement de graves lésions oculaires dues à des hémorragies du corps vitré, à des ruptures choroïdo-rétiniennes. Le globe est intact, il a conservé sa forme, sa mobilité et même une apparence normale, à cela près que la pupille est dilatée et immobile ou peu mobile. Mais la vision est très diminuée ou même abolie d'une manière définitive. Ainsi une telle blessure aura pour conséquences habituelles une diminution ou perte unilatérale de la vision ; une perforation palatine, la perte de plusieurs dents, une fistule salivaire sténonienne. Et ce n'est pas tout, car les sinus maxillaires pourront s'infecter, et le traitement de ces sinusites devra précéder toute opération réparatrice.

Voici un cas voisin du précédent et plus grave :

La pénétration s'est faite un peu plus haut, au niveau de la partie la plus dure de l'os malaire, non loin du rebord orbitaire ; l'os malaire est réduit en miettes ; le globe oculaire éclate, la paupière inférieure en partie détruite ; de l'autre côté le maxillaire supérieur est fracassé sur une grande étendue, une large communication est établie entre la bouche et les fosses nasales, et finalement les parties molles sont déchirées en tous sens autour du foyer de sortie du projectile. Aux conséquences indiquées tout à l'heure, il faut joindre la difformité résultant de la perte d'un œil, difformité qu'il faudra plus tard pallier à l'aide d'une prothèse, la mutilation de la paupière qui exigera de délicates opérations réparatives, qui peut-être même ne pourra être qu'imparfaitement réparée, les changements profonds apportés dans l'architecture de la face par la destruction de pièces osseuses volumineuses, mutilation qui ne pourra être effacée que par la reconstitution d'un nouveau squelette, c'est-à-dire par une greffe d'os ou de cartilage.

Ces quelques exemples montrent déjà à quel point les plaies de la face produites par les armes modernes sont gravement mutilantes, et combien difficile, laborieuse et délicate peut être la tâche du chirurgien.

Mais pour donner une idée, incomplète encore, des blessures communes de la face, il faut brièvement signaler encore d'autres groupes de faits. Nombre de blessés offrent en même temps des lésions du front, de l'orbite et des

paupières. On voit notamment ceci : un projectile frappant la partie basse de la région frontale, ouvre les sinus frontaux, traverse obliquement une des cavités orbitaires, fait éclater l'œil et plus loin, rencontrent l'os malaire, le détruit, l'emporte en totalité, en déchirant les paupières, les téguments de la région malaire et de la joue.

Voici encore ce que l'on voit très souvent, trop souvent, car de telles blessures comptent sinon parmi les plus dangereuses, du moins parmi celles qui affectent le plus cruellement le moral du sujet : la balle ou l'éclat d'obus a emporté une partie du nez, ou fait disparaître la totalité de l'organe.

Le cas ordinaire est celui-ci. La racine du nez est détruite, les os propres, la cloison des fosses nasales, les branches montantes des maxillaires supérieurs, émiettés, font défaut. Un large trou béant s ouvre au centre de la face. Le sujet est sous le coup de complications infectieuses du côté des sinus maxillaires et frontaux, des voies lacrymales. Ce qui reste de l'auvent nasal, fendillé et fissuré, tend à se relever, à basculer de bas en haut et d'avant en arrière, à s'enfoncer vers les fosses nasales et aussi à s'aplatir au point que les narines deviennent rapidement imperméables, cependant que les paupières inférieures s'éversent, attirées par la rétraction cicatricielle.

Citons encore les plaies de la région frontale, aussi dangereuses que celles de toute autre région du crâne, exposant aux mêmes complications, méningite, abcès du cerveau, crises épileptiformes, plus inquiétantes même en raison du voisinage des sinus et des fosses nasales où des fissures irradiées peuvent faciliter d'une façon insidieuse et traîtresse les redoutables infections que nous venons de mentionner, et présentant en outre une physionomie à part en raison des lésions orbitaires et oculaires fréquemment concomitantes et des difformités dues aux pertes de substance cranienne, à la destruction du rebord orbitaire, aux cicatrices adhérentes, à l'éversion de la paupière supérieure, à la perte du sourcil.

On entrevoit d'après ce court exposé toutes les misères des mutilés de la face. Et nous n'avons pas parlé des aveugles, ni de ces infortunés dont les deux mâchoires ont été simultanément fracassées, de ceux dont toute la mâchoire inférieure a été enlevée avec les parties molles ambiantes, ni de ceux dont le massif maxillaire supérieur et le nez n'existent plus, pauvres êtres misérables dignes d'une pitié sans bornes.

Il n'est pas jusqu'aux blessures superficielles, partout ailleurs dépourvues d'intérêt ou peu s'en faut, qui ne méritent à la face la plus sérieuse attention. Aux membres, au niveau du thorax, ou de l'abdomen, une plaie où les téguments, le pannicule adipeux sont seuls en cause, constitue une lésion banale et infime. Il n'en va pas de même dans des régions où la peau voile à peine des organes importants, quand elle ne contribue pas à les former, où la simple rétraction cicatricielle suffit pour entraîner des difformités désastreuses, dans des régions découvertes où la cicatrice peut à elle seule constituer une tare regrettable et une laideur affreuse.

Pronostic et évolution des plaies de la face

Si effrayantes que soient au premier abord les plaies mutilantes de la face, avec leur aspect hideux, les abondantes hémorragies qu'elles provoquent, les troubles de la respiration, de la déglutition, qui en sont très souvent et fâcheusement les conséquences immédiates, leur pronostic est rarement mortel. Peu de ces blessés succombent et quand survient la terminaison fatale, elle est due fréquemment à d'autres lésions concomitantes des membres, du thorax, et plus ordinairement du crâne, particulièrement de la base du crâne.

Parmi les morts imputables au traumatisme facial, la plupart, nous n'hésitons pas à le dire, auraient pu être évitées par une hémostase plus rapide, par une surveillance plus attentive au point de vue des accidents de suffocation, par des interventions immédiates et des soins éclairés permettant la désinfection précoce des plaies et leur non infection consécutive. Les complications des plaies de la face seraient réduites à une proportion infime si les blessés de cette catégorie pouvaient recevoir en temps opportun, c'est-à-dire dans les premières heures, une assistance irréprochable, un traitement judicieux et sans lacunes.

Parmi ces complications précoces nous ne parlerons pas de la gangrène gazeuse qui, par un singulier privilège, ne s'observe pas à la face, ni du tétanos devenu tout à fait exceptionnel depuis l'habitude salutaire des injections de sérum antitétanique.

L'érysipèle auquel sont exposés les blessés de la face à toutes les périodes de l'évolution de leurs plaies est un incident plus ennuyeux qu'inquiétant. Sa bénignité est pour ainsi dire constante, chez des hommes jeunes et robustes sans aucune tare viscérale. Les badigeonnages à la teinture d'iode des téguments enflammés, pratiqués dès l'apparition de la rougeur, permettent d'ailleurs dans la majorité des cas de juguler l'érysipèle, d'en limiter l'extension, et surtout de réduire les chances de propagation aux autres blessés.

Le principal danger qui menace les blessés de la face, c'est celui des complications broncho-pulmonaires, bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies, qui s'observent avec une fréquence particulière chez les sujets atteints

de fracas des mâchoires. Ajoutons que ce péril peut être écarté généralement par des soins précoces, des interventions primitives, par la désinfection très précoce du foyer traumatique, par les pansements minutieux et répétés, par l'alimentation à la sonde, et par quelques précautions destinées à prévenir le refroidissement, et à éviter l'inhalation des poussières.

Les plaies faciales se détergent et s'organisent rapidement; on est surpris de les voir au bout de peu de jours se transformer, prendre belle apparence et commencer à se réparer. Mais il faut être en garde contre la multitude de complications septiques locales qui peuvent surgir pendant les premiers jours, ou se manifester longtemps après, troubler le travail de cicatrisation retarder le moment où pourront être entreprises les opérations plastiques, les greffes et les transplantations, ou simplement l'application d'appareils de prothèse.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner, si l'on songe que ces plaies communiquent habituellement avec la bouche, milieu très septique, d'autant plus que beaucoup de soldats ont de nombreuses dents cariées et ignorent complètement l'hygiène buccale, avec les fosses nasales où pullulent en permanence des germes dangereux, avec les sinus qui souvent sont le siège d'inflammations chroniques antérieures à la blessure. Les fractures des mâchoires sont donc constamment infectées, et dans l'immense majorité des cas, surtout pour la mâchoire inférieure, gravement infectées.

Il est donc commun d'observer des suppurations des foyers traumatiques, des fusées purulentes autour des mâchoires ; quand il s'agit du maxillaire inférieur, des abcès du plancher buccal, des régions sous-maxillaires, parotidienne, carotidienne et maxillo-pharyngée, quand le massif maxillaire supérieur est lésé, des sinusites maxillaires et frontales, et dans l'un ou l'autre cas, des otites, et aussi des phénomènes généraux en rapport avec ces causes d'infection et d'intoxication.

Il faut se hâter d'ajouter que tous ces accidents peuvent être prévenus ou jugulés à l'origine, que la désinfection précoce, le nettoyage méthodique des foyers, l'extraction précoce des corps étrangers, l'établissement de drainages irréprochables, des pansements et des soins rigoureux simplifient étonnamment les suites de ces blessures, en éliminent presque tous les éléments de gravité, rendent exceptionnelles les complications que nous venons d'énumérer, et réduisent dans une proportion notable les difformités dues aux rétractions cicatricielles.

Un grand nombre de plaies même assez complexes, mais traitées dès le début, sont susceptibles de guérir entièrement en peu de jours. Telle est d'ailleurs la règle quand les lésions sont limitées aux parties molles et n'intéressent aucun organe important.

Ces cures rapides s'expliquent facilement d'ailleurs, étant donné la riche vascularisation des tissus de la face, leur forte vitalité et partant leur extraordinaire puissance de réparation. Les plaies pour lesquelles l'infection n'a pu être évitée, soit en raison d'un traitement incomplet ou tardif, soit à cause des conditions créées par la traumatisme, entraînent toujours des rétractions cicatricielles; les chairs déchiquetées se recroquevillent, les lambeaux cutanés ou muqueux irrégulièrement découpés se soudent en position vicieuse; des adhérences s'établissent, fixant les débris des lèvres, des joues, du nez, des paupières, en position vicieuse, et il en résulte des difformités innombrables : des éversions, des inversions, des chevauchements variés ; les narines s'atrésient, les fosses nasales sont obstruées, les paupières ne protègent plus les globes oculaires, le jeu des mâchoires est contrarié, limité, entravé, ou aboli par les brides cicatricielles et par le déplacement des fragments osseux.

Mais ce n'est rien encore, car il faut envisager à côté de ces difformités liées aux cicatrisations défectueuses, aux cicatrices irrégulières, aux rétractions cicatricielles et aux adhérences, toutes celles qui sont dues aux pertes de substance des parties molles, à la disparition de pièces squelettiques importantes, ruinant l'architecture faciale, à la section des nerfs moteurs des muscles de l'expression faciale, à la destruction des globes oculaires. Il est impossible de les passer toutes en revue, mais ce que nous venons de dire et les quelques exemples que nous en avons donné précédemment, suffisent pour en indiquer la variété, et laisser deviner les troubles fonctionnels qu'elles entraînent à leur suite : spécialement la gêne ou l'impossibilité de la mastication, de l'élocution, de la gustation; la gêne ou l'impossibilité de la respiration nasale, les troubles de la vision ou la perte de la vue.

De telles misères n'ont-elles pas sur le moral des blessés un fâcheux retentissement ? Il est vrai que quelques-uns ne sont pas très affectés; il en est qui tombent dans un sombre désespoir. Chez certains prédisposés on a pu voir survenir des troubles mentaux. Mais d'une façon très générale, on n'observe rien de semblable. La plupart de ces mutilés gardent intacts leur entrain, leur bonne humeur, leur gaîté bruyante de jeunes troupiers.

Les plus mutilés, même ceux pour lesquels les possibilités de réparation par la chirurgie ou la prothèse sont très limitées et très médiocres, font preuve d'une grande résignation. Beaucoup d'entre eux méritent l'admiration pour leur sérénité devant l'infortune.

Traitement des blessures récentes

Il serait souhaitable infiniment que le blessé fût remis entre les mains du chirurgien, sinon immédiatement, du moins très peu d'heures après le traumatisme. L'expérience montre chaque jour l'importance d'un traitement précoce, précis et méthodique. Autant et plus que toutes les autres blessures, les plaies de la face devraient être soignées, dès le début, *à l'état frais*, avant la néfaste infection.

Il n'y a pas à insister sur les premières indications, les plus urgentes à remplir : hémostase par tamponnement ou forcipressure, traction de la langue dans les cas où le déplacement de cet organe en arrière entraîne des accidents de suffocation, injections analgésiantes, emploi de tous les moyens propres à remonter le blessé et à le réchauffer. Ce n'est pas là le vrai traitement. Le traitement c'est l'assainissement du foyer traumatique, sa mise en état de défense contre l'infection et, s'il se peut, la réunion de la plaie.

La réunion immédiate des plaies de guerre est devenue une pratique générale, applicable dans un très grand nombre de circonstances. La doctrine aujourd'hui bien établie est d'extirper les bords contus, les parois de chaque plaie, de supprimer les couches profondément meurtries et largement ensemencées de germes nocifs dès le moment même de la blessure, d'extraire les corps étrangers, les esquilles libres et de refermer primitivement, avec ou sans drainage.

Une telle formule est-elle applicable aux lésions faciales par projectiles de guerre ? Certes elle est excellente quand les parties molles sont seules intéressées, quand la plaie est unique. Encore convient-il de remarquer que des précautions toutes particulières sont indispensables ; le visage du blessé est souvent couvert d'une barbe inculte, sale et maculée de boue. L'excision de la plaie ne peut être pratiquée aussi généreusement qu'on le ferait en d'autres régions; il faut être sobre de débridements pour ne pas ajouter des cicatrices aux traces que doit laisser la blessure. Il convient de faire « l'épluchage » nécessaire, très minutieusement, mais sans rien sacrifier d'inutile après avoir pris avant l'intervention toutes les mesures de propreté possibles.

La suture mérite beaucoup d'attention. Des sutures perdues sont parfois utiles pour reconstituer les plans sous-cutanés. L'affrontement des bords de la plaie ne doit en rien laisser à désirer. Un petit drainage constitue une sage précaution, quand on garde quelque doute sur l'asepsie de la plaie. Enfin ces blessés recousus doivent rester sous la surveillance du chirurgien au moins pendant quelques jours.

La réunion immédiate, après judicieuse excision des tissus les plus abîmés, est particulièrement indiquée dans les déchirures plus ou moins complexes du nez, des paupières, du pavillon de l'oreille. L'intervention, parfois très simple, est souvent fort délicate. En pareil cas il ne faut pas se hâter, mais rechercher, remettre en place patiemment les languettes cutanées, après les avoir régularisées et bien nettoyées.

Les résultats de ces réparations immédiates sont des plus remarquables. Ainsi pour les plaies qui n'intéressent que les parties molles, même s'il y a ouverture de la narine, ou de la cavité buccale, on doit à notre avis rechercher non seulement une réunion immédiate, mais une réparation aussi complète que possible, et cette ligne de conduite est mieux justifiée et plus utile encore à la face qu'en toute autre région ; mais, nous le répétons, le rôle du chirurgien est alors beaucoup plus délicat et plus difficile; sa responsabilité est plus grande et il doit à son opéré, pendant plusieurs jours, une surveillance personnelle et attentive.

La même conduite est-elle applicable aux blessures profondes, accompagnées de fractures, de pertes de substance squelettique ? Ce n'est pas le principe de l'intervention immédiate ou très précoce qui est ici discutable. Bien au contraire, elle est beaucoup plus indiquée que dans les blessures superficielles. Le nettoyage des foyers, l'ablation des esquilles *libres*, des débris de dents, des caillots sanguins, des corps étrangers, la régularisation des parois de la plaie, sont des mesures salutaires, auxquelles on peut joindre utilement l'application d'appareils de soutien fabriqués extemporanément ou improvisés, et en tout cas un bon drainage. Ce qui ne doit pas être fait à la légère c'est la réunion superficielle. Elle peut être excellente, elle peut aussi être détestable. C'est la meilleure et la pire des choses, selon que l'opération a été méthodique, patiente, complète, assurant un bon drainage et éliminant les chances d'infection, ou sommaire, bâclée et imparfaite. Ceci est surtout vrai pour les fractures à grand fracas du maxillaire inférieur.

En tout cas le blessé suturé ne doit pas être évacué au loin. Il ne doit pas être perdu de vue par l'auteur de l'intervention. Il a besoin de nettoyages bi ou pluriquotidiens, il doit être alimenté avec des précautions spéciales si les mâchoires sont lésées. Il faut que l'on puisse couper les fils et rouvrir la plaie, dès que l'élévation de la température et des phénomènes locaux en indiquent la nécessité. Si les circonstances vous mettent dans l'obligation d'envoyer au loin de tels blessés, il est sage de s'abstenir de toute réunion. Nous conseillons alors après nettoyage

du foyer, d'en enduire les parois avec une mixture formolée, et de tamponner légèrement avec des compresses stérilisées et de laisser la plaie largement ouverte. Dans certains cas il sera possible de la refermer au bout de deux, trois ou quatre jours, si elle a pu être correctement et régulièrement pansée, de faire une réunion primitive retardée.

Nous n'insisterons pas sur les procédés d'extraction des corps étrangers, malgré le grand intérêt de cette question, les diverses méthodes de recherche qui ont fait de tels progrès au cours de cette guerre étant ici ce qu'elles sont ailleurs. Qu'il nous soit permis seulement de dire que l'immense majorité des balles ou éclats d'obus arrêtés dans l'épaisseur du massif facial, dans les sinus maxillaires notamment, ou dans la fosse ptérygo-maxillaire, peuvent être avantageusement recherchés et extirpés par la voie buccale à l'aide d'une incision vestibulaire.

Chirurgie réparatrice des mutilations faciales.

Pour effacer ou pour atténuer les difformités qu'engendrent les cruelles blessures de la face, les vieux procédés d'autoplastie sont encore d'un bon usage.

A côté d eux d'autres méthodes ont fait leur apparition. Nous voulons parler de la réduction graduelle des cicatrices, de l'autoplastie en jeu de patience, des greffes et transplantations. Ces ressources nouvelles permettent de poursuivre successivement, ou simultanément, la reconstitution des parties molles et la réparation du squelette détruit. Ajoutons que les perfectionnements de la prothèse rendent les plus précieux services, soit pour remplacer définitivement certaines portions des mâchoires, les yeux, les paupières, soit pour faciliter les opérations plastiques et rendre leurs résultats plus satisfaisants. Un grand nombre de ces interventions resteraient extrêmement imparfaites sans l'aide d'appareils temporaires destinés à servir de supports, de moules, pour le modelage des parties molles.

Le lecteur n'attend évidemment pas de nous un exposé complet de tous ces moyens techniques, ni de leurs applications si variées. Nous devons nous borner à indiquer les méthodes auxquelles nous avons recours dans les cas qui se présentent le plus communément, à en montrer par quelques exemples les indications et les résultats.

A. — *Extirpation et réduction graduelle des cicatrices.*

Les cicatrices des blessures de guerre, celles du moins qui sont dues à la réparation spontanée, sont souvent, très souvent, de mauvaises cicatrices, épaisses, dures, déprimées, adhérentes et véritablement laides.

Au seul point de vue de l'esthétique, il serait déjà très utile, et même indispensable, d'en rechercher l'amélioration, mais le traitement des cicatrices s'impose encore pour d'autres raisons. Il est rare que ces masses fibreuses adhérentes et déprimées ne soient pas gênantes, n'entravent pas quelque mouvement des mâchoires, des lèvres, des paupières. Elles mettent obstacle à l'application des appareils de prothèse, et empêchent, quand il s'agit d'une difformité complexe, de juger exactement de l'étendue des pertes de substance et d'établir en connaissance de



(R. M., blessé le 25 septembre 1915.)

PLAIE JUGO-TEMPORO FRONTALE PAR BALLE.
Extirpation et réduction graduelle des cicatrices.

cause le plan des opérations réparatrices. La cicatrice en elle-même est dangereuse pour l'avenir : elle rend difficile le nettoyage de la région où elle s'est développée, elle est une cause de souffrances et enfin elle peut être éventuellement, à une date plus ou moins éloignée, le point de départ de formations néoplasiques.

Il ne faut donc jamais laisser persister une cicatrice défectueuse.

Pratiquement, la meilleure et même la seule bonne manière de débarrasser le sujet des masses fibreuses, des cicatrices épaisses qui marquent l'emplacement de ses plaies, c'est d'en pratiquer l'extirpation. Selon les circonstances, l'intervention est faite en une, deux, ou trois séances. Les opérations dirigées contre les cicatrices ne sont souvent que le prélude d'autres opérations plus importantes, ou encore des actes complémentaires, mais plus fréquemment encore, peut-être, elles ont pour objectif unique la disparition ou l'atténuation de ces cicatrices, considérées comme difformités.

L'ablation des tissus pathologiques doit être poursuivie d'une façon minutieuse et complète; les masses indurées sont disséquées et extirpées comme des tumeurs. La plaie est ensuite réunie avec tout le soin possible ; quand elle est peu profonde la suture cutanée suffit à assurer le rapprochement des bords; quand on a dû creuser au loin, des sutures perdues permettent la mise en contact des parois de l'excavation. Les téguments doivent être mobilisés, décollés plus ou moins loin, jusqu'à ce que l'affrontement soit irréprochable et obtenu sans traction.

Sous le nom de *réduction graduelle* nous avons décrit (1) une méthode applicable non seulement aux cicatrices, mais à toutes les difformités tégumentaires étendues en surface. Elle trouve chaque jour son emploi dans le traitement des cicatrices de la face. La réduction graduelle, c'est l'élimination progressive des parties difformes par des excisions successives patiemment répétées à des intervalles variables. On fait une série d'opérations partielles, dont chacune est d'une extrême simplicicité; peu à peu le territoire occupé par la cicatrice se rétrécit, se réduit. Les téguments du voisinage cèdent, s'adaptent, s'allongent graduellement ; il se produit une véritable autoplastie spontanée.

Cette méthode plastique si simple dans ses moyens est cependant féconde en beaux résultats. Ce que l'on peut attendre de la réduction graduelle est presque inimaginable.

Elle se combine d'ailleurs heureusement à d'autres méthodes dont elle prépare, facilite et au besoin achève le succès.

On trouvera peut-être que nous donnons beaucoup d'importance à cette question des cicatrices. Il n'en est rien. Elle est à la base de toute la chirurgie réparative des blessures de la face. Si l'on ne commençait par déblayer les régions mutilées de toutes les masses fibreuses engendrées par la cicatrisation spontanée, on se placerait dans les conditions les plus défectueuses et l'on s'exposerait à n'obtenir que des résultats imparfaits ou très médiocres.

B. — *Autoplasties en jeu de patience.*

Parmi les mutilations faciales résultant de blessures par projectiles de guerre, il en est un grand nombre, pour lesquelles il est inutile, pour lesquelles il serait même fâcheux d'avoir recours aux méthodes habituelles d'autoplastie,

(1) Société de Chirurgie (16 juin 1915.)



(B., blessé le 13 avril 1916.)

VASTE PLAIE DE LA FACE PAR ÉCLAT D'OBUS. FRACTURE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Autoplastie en jeu de patience.

et dont la réparation peut être effectuée à moins de frais, par des opérations, parfois délicates sans doute et toujours un peu minutieuses, mais se réduisant à des manœuvres très simples, que je crois pouvoir désigner sous le nom d'*Autoplasties en jeu de patience.* (1)

Une autoplastie en « jeu de patience », c'est la reconstitution de la région dévastée en utilisant tous les débris épargnés par le traumatisme, c'est rechercher les fragments dissociés de peau, de muqueuse ou de muscles, les remettre en place, les réadapter, après les avoir déroulés, dépouillés des cicatrices, des bandes de sclérose, des amas fibreux qui les déforment. C'est donc une autoplastie sans apport de tissus étrangers à la région, sans prélèvement de lambeaux dans le voisinage ou à distance, ou du moins sans intervention de lambeaux importants.

Ce mode de réparation n'est guère applicable qu'aux lésions traumatiques.

Il trouve chez nos blessés de la face des indications très nombreuses. On croirait difficilement au premier abord que les dégâts effrayants produits par des balles ou éclats d'obus soient susceptibles d'être effacés par des procédés simples. On se trouve très souvent en présence de plaies énormes à bords dilacérés, déchiquetés et prodigieusement tuméfiés; sans parler des pertes de substance du squelette, les parties molles ont subi un véritable éclatement et paraissent détruites sur une étendue considérable.

Par la suite ces blessures, même très exactement surveillées, laissent en se cicatrisant des difformités très diverses et extrêmement hideuses, dont le traitement semble devoir être très malaisé.

Sans doute dans bien des cas le dommage n'est que trop réel, et ces lésions ménagent très souvent à la chirurgie réparative de terribles difficultés : mais, dans beaucoup de circonstances aussi, fort heureusement, en dépit des apparences, la perte de substance *réelle* subie par les parties molles est minime ou même nulle. Les lésions consistent en fissures et déchirures irrégulières; la peau, la muqueuse de la joue, les lèvres sont découpées en languettes, en lambeaux, de forme plus ou moins bizarre : s'il n'y a eu, pendant les premiers jours surtout, ni négligences, ni erreur de traitement, tous ces débris éparpillés par la force vulnérante continuent à vivre, ou ne subissent que des mortifications insignifiantes. Par contre ils tendent constamment à se cicatriser en position vicieuse, à s'enrouler à se recroqueviller. On voit des portions de muqueuse éversées à l'extérieur, des fragments de peau retournés vers l'intérieur de la cavité buccale, le contour labial interrompu prenant les formes les plus étranges, des brèches ouvertes à travers les joues, etc.

Comme nous l'avons dit en commençant, c'est de ces débris presque méconnaissables qu'il faut tirer parti.

La technique n'est pas compliquée, mais elle exige du soin et une minutieuse attention. Avant de commencer l'opération il n'est pas possible d'avoir un plan absolument arrêté. On est obligé de se laisser guider par les constatations faites au fur et à mesure au cours de l'intervention. On ne peut savoir d'avance si l'opération sera faite en un ou deux temps; il n'est pas non plus permis d'affirmer positivement que l'on n'aura pas besoin d'une petite autoplastie complémentaire à l'aide d'un ou de plusieurs minuscules lambeaux, ni à quel endroit il conviendra de les prélever. Tout cela se décide pendant l'opération. Dans ce genre de difformités, il y a beaucoup de cas offrant des analogies, mais il n'y en a pas deux identiques au point de vue de la chirurgie réparatrice. Il y a donc dans chaque intervention une part d'imprévu qui en fait la difficulté, l'intérêt aussi.

Le point le plus important de la technique est l'extirpation méthodique du tissu cicatriciel en respectant scrupuleusement tout ce qui persiste des parties molles. Il ne faut sacrifier aucun débris de peau, ni de muqueuse, mais isoler une à une les languettes cutanées, les lambeaux muqueux, sans se préoccuper d'abord aucunement de la façon dont on pourra les agencer.

La dissection doit être patiente, minutieuse et complète; il faut arriver partout sur des tissus souples et sains; il faut assurer, par des décollements aussi étendus qu'il est nécessaire, le plus de mobilité possible aux bords de la plaie, aux fragments de peau et de muqueuse : alors seulement il convient de songer à les rapprocher et à les réunir. C'est par tâtonnements que l'on trouve l'emplacement des divers fragments de peau ou de muqueuse et le meilleur assemblage. Parfois de légers détails d'anatomie sont de précieux guides.

Dans le cas commun de mutilation labio-génienne, pour prendre un exemple, il faut commencer par la reconstitution du contour labial, après avoir détaché et suturé l'extrémité de la bordure rouge des parties correspondantes des deux lèvres, ou des deux portions de la lèvre si la lésion n'intéresse que l'une d'entre elles, puis refaire le plan muqueux, enfin agencer les débris cutanés, et combiner leur adaptation en s'efforçant de leur rendre la place qu'ils occupaient avant le traumatisme. On suture les uns aux autres ces sortes de lambeaux. On est obligé d'attendre parfois cette partie de l'opération pour être définitivement fixé sur la perte de substance réellement subie par les parties molles, pour limiter exactement le dommage, constater qu'il est notable, minime, ou nul, et c'est alors que l'on peut être conduit à décider sur-le-champ ou pour plus tard une petite autoplastie

(1) Académie de Médecine (13 mars 1917).



(C. M., blessé le 25 septembre 1915).

BLESSURE PAR BALLE. MUTILATION ET PERTE DE SUBSTANCE DE LA PARTIE GRANDE DE LA FACE.
Autoplastie en jeu de patience.



(R. E., blessé le 22 avril 1915.)

PLAIE DE LA JOUE GAUCHE ET DE LA LÈVRE INFÉRIEURE PAR ÉCLAT D'OBUS.
Autoplastie en jeu de patience.



(O. A., blessé le 8 octobre 1915.)

MUTILATION DE LA FACE PAR BALLE.
Autoplastie en jeu de patience.

complémentaire par lambeau pris dans le voisinage, complément qui ne change rien à la technique fondamentale, ou à reconnaître son inutilité.

Telle est dans ses grandes lignes l'autoplastie en jeu de patience.

Une opération de ce genre peut constituer, et constitue souvent tout le traitement, elle suffit très souvent pour corriger des difformités considérables. Elle peut être un prélude, servir à préparer, à rendre réalisables d'autres opérations, autoplasties proprement dites, greffes graisseuses, cartilagineuses, osseuses.

Le résultat obtenu peut être bonifié par des retouches, par l'excision de certaines parties des cicatrices, suivie d'une nouvelle adaptation, par la section de brides du côté de la muqueuse labiale ou génienne, etc.

D'une façon très habituelle toutes ces opérations n'exigent pas l'anesthésie générale. Il y a même avantage à les pratiquer sous l'anesthésie locale, pour laquelle je me sers de cocaïne à 1/100.

Les autoplasties en jeu de patience ont des indications très étendues et trouvent leur application dans toutes les régions de la face. Néanmoins elles sont particulièrement recommandables dans les lésions des lèvres et des joues. C'est là surtout qu'on en obtient les plus beaux, les plus brillants résultats.

Ce n'est pas le moment de se demander si des interventions très précoces et presque immédiates n'auraient pas mis certains de ces blessés à l'abri de toute difformité, mais d'examiner ce qu'il convient de faire pour remédier aux difformités constituées.

C. — *Autoplasties proprement dites.*

Les autoplasties proprement dites sont réalisées par déplacement et transport de parties molles et plus spécialement de téguments prélevés sur les régions voisines de la perte de substance. Pour donner aux tissus que l'on veut utiliser la mobilité nécessaire, pour permettre leur adaptation, il convient d'en façonner des lambeaux, de figure variable, à l'aide d'incisions droites, courbes ou brisés.

Quelle que soit sa forme, le lambeau demeure relié au territoire où il a été emprunté par un pédicule, qui assure sa vitalité en attendant que de nouvelles voies vasculaires s'établissent entre lui et le nouveau terrain sur lequel il a été placé.

La plaie laissée par la taille du lambeau peut être très souvent refermée immédiatement par simple rapprochement des bords; quand la réunion complète est irréalisable, on a encore la ressource de réduire cette plaie par des sutures à distance.

Le lambeau est lui-même fixé par des sutures, plus ou moins nombreuses, plus ou moins serrées.

Il va sans dire qu'avant sa mise en place, on a préparé son lit, avivé avec soin les bords, les parois, le fond de la brèche à combler. Ces opérations à lambeaux sont les interventions typiques de la chirurgie réparative traditionnelle.

Il est d'usage de distinguer entre les autoplasties exécutées selon la méthode indienne ou la méthode française, selon que le lambeau est tordu ou non tordu. Nous n'insisterons pas sur ces considérations qui nous paraissent surannées et entièrement dépourvues d'intérêt. Nous dirons seulement que dans l'immense majorité des cas il est indispensable d'imposer au lambeau un déplacement qui entraîne plus ou moins la torsion du pédicule, et que ce détail n'a aucune importance.

Or quelle part revient aux autoplasties proprement dites dans la restauration des difformités de la face consécutives aux blessures de guerre ? Ce qui a été dit plus haut au sujet des autoplasties en *jeu de patience* montre qu'un très grand nombre, que la plupart peut-être de ces mutilations échappent à la méthode classique. Celle-ci néanmoins trouve journellement son application. La restauration du nez



(C. A., blessé le 25 février 1915.)
MUTILATION ET PERTE DE SUBSTANCE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DE LA JOUE GAUCHE PAR ÉCLAT D'OBUS. DESTRUCTION DE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA VOUTE PALATINE.
Autoplastie en jeu de patience complétée par une petite autoplastie à lambeau.

par exemple exige constamment l'emploi d'un lambeau et nous pouvons ajouter d'un lambeau frontal.

La reconstitution des paupières, quand il existe une perte de substance réelle, ne peut être menée à bien sans un lambeau frontal ou temporal. Les chiloplasties vraies, c'est-à-dire la réfection des lèvres, non pas seulement déchiquetées et abîmées, mais presque entièrement détruites, ou totalement supprimées, ne sont réalisables qu'à l'aide de lambeaux taillés dans l'épaisseur des joues et de la lèvre opposée.

D'autres indications sont fournies par les attitudes vicieuses des paupières, des lèvres, de l'aile du nez résultant de rétractions cicatricielles et de pertes de substances tégumentaires.

Le front, la tempe, la partie antérieure du cou sont les régions où l'on doit s'adresser de préférence pour les grandes autoplasties faciales : elles seules peuvent fournir sans inconvénient notable des lambeaux étendus. Le cou notamment constitue une réserve tégumentaire infiniment précieuse.

Une mention spéciale est due aux lambeaux pilifères destinés à reconstituer le sourcil ou une partie de la moustache. Ils doivent être prélevés, il va sans dire, sur le cuir chevelu ou barbu.

D. — *Autoplasties par décollement.*

Les autoplasties par décollement s'opposent aux précédentes par ce fait qu'elles sont pratiquées sans incisions de débridement En partant de la brèche à combler, on dissèque et on mobilise au loin les téguments, de façon à les faire glisser et à les attirer peu à peu. Le bistouri ou les ciseaux décollent le plan superficiel en cheminant dans le tissu cellulaire ou le pannicule adipeux sous-cutané. On s'arrête seulement quand la peau se laisse docilement entraîner, que les bords de la plaie arrivent au contact et que la suture devient possible.

Les avantages de cette méthode sont considérables : pas d'incisions à faire ; pas de lambeaux à combiner ; aucune cicatrice nouvelle ajoutée à celles qui existent déjà ; nulle crainte au sujet de la vitalité de la peau, que les plus vastes décollements n'arrivent pas à compromettre (1).

Toutefois les autoplasties par décollement ne trouvent que peu d'indications à la face, si elles font merveille au cou, au niveau du thorax et de l'abdomen. Elles peuvent rendre seulement quelques services au front, au niveau des joues et des régions parotidiennes. Encore ne s'agit-il que de décollements peu étendus étant donnée l'exiguité de ces régions et la crainte de déplacer les lèvres ou les paupières.

Nous devons dire cependant que les décollements, bien que restreints, sont à la base des autoplasties que nous avons appelées en jeu de patience et en constituent un des éléments fondamentaux. Mais il n'y a là rien qui rappelle la largeur de manœuvre des grandes autoplasties thoraco-abdominales, si rapides et tellement brillantes.

E. — *Greffes cutanées.*

Les greffes sont au point de vue technique bien distinctes des autoplasties. Il s'agit d'un transport *à distance*. Les tissus que l'on se propose d'utiliser pour les greffes sont pris à distance, souvent à grande distance, et ne conserveront plus aucune connexion avec la région originelle.

La greffe la plus simple est celle de l'épiderme ou plus exactement la greffe dermo-épidermique. Cette méthode, excellente pour obtenir la guérison de plaies dont la cicatrisation traîne en longueur, et dans les cas où les autoplasties, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent ou ne doivent pas être entreprises, n'offre à notre avis aucun intérêt dans la chirurgie faciale de guerre, réserve faite des brûlures.

Des milliers de blessés de la face ont passé entre mes mains : pas une seule fois il n'a paru opportun de pratiquer des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques.

La transplantation cutanée *libre* nous a semblé moins indiquée encore.

Dans notre rapport au Congrès de New-York (2), nous écrivions : « Le caractère aléatoire des greffes cutanées libres, leur médiocrité au point de vue esthétique, et d'autre part les progrès réalisés dans les autres modes d'autoplastie empêchent cette méthode d'avoir une portée générale et ne leur laissent même qu'une place assez exiguë dans la chirurgie réparatrice. » Nous irons plus loin, en ce qui concerne les mutilations faciales par blessures de guerre. Ici ce n'est pas une place exiguë qu'il convient de faire aux greffes cutanées libres ; elles n'en méritent aucune.

F. — *Greffe italienne.*

La greffe dite italienne est une transplantation cutanée en deux temps. Le transplant n'est pas d'emblée détaché de la région originelle ; on lui donne d'abord la forme d'un lambeau ; celui-ci est amené en regard de la brèche à combler, de l'organe à restaurer, et fixé à la région où il doit vivre dorénavant : par exemple un lambeau

(1) Congrès français de chirurgie 1902.

(2) Avril 1914. Congrès de la Société Internationale de Chirurgie.

pris sur le bras est appliqué sur la joue et la lèvre inférieure, et suturé par ses bords, ce qui ne peut être fait sans que le bras ait été placé au contact de la face. Le pédicule sera sectionné seulement à l'époque où l'on peut présumer que de nouvelles voies vasculaires seront établies, permettant au greffon de se suffire à lui-même. Cette méthode qui date du moyen âge a été vraiment une conception géniale, une des plus séduisantes de la médecine opératoire.

Le regretté Berger avait ressuscité cette méthode et toute sa vie s'en est fait le défenseur. Mais si attirante soit-elle, on n'en saurait nier les difficultés, ni les inconvénients. Les attitudes imposées au patient sont pénibles. Le traitement est long et délicat. Le lambeau greffé garde une coloration différente des téguments normaux. On reconnaît toujours qu'il s'agit d'une pièce surajoutée. Aussi la transplantation à l'italienne nous paraît-elle justifiée seulement par l'impossibilité de trouver sur la place les matériaux de la réparation. Ces cas sont des plus rares dans les mutilations par blessures de guerre.

D'autres chirurgiens ont sans doute une opinion différente; mais la nôtre est parfaitement arrêtée. Nous le répétons, les indications de la greffe italienne dans les mutilations faciales sont tout à fait exceptionnelles. Et en vérité, depuis le début de cette guerre, nous n'y avons eu recours que pour la reconstitution du *lobule* du nez et de la sous-cloison à l'aide d'emprunts faits à la *paume* de la main. Dans toute autre circonstance, il nous a jusqu'ici semblé possible et préférable d'avoir recours aux autres méthodes indiquées plus haut.

Transplantations sous-cutanées.

Tout ce que nous venons d'envisager concerne la réparation des parties molles superficielles. Mais étant donné la part considérable des destructions squelettiques dans les difformités dues aux blessures de la face par balles ou autres projectiles, en dépit de toutes les autoplasties en jeu de patience, à lambeaux, par décollement ou par greffe, les résultats seraient très souvent imparfaits, si nous ne pouvions reconstituer les pièces osseuses perdues, ou tout au moins donner au sujet une satisfaction esthétique en comblant les dépressions et les vides qui résultent de leur disparition.

Ce problème ne peut être résolu que par des transplantations de tissus. A ce point de vue, les greffes graisseuse, osseuse et surtout cartilagineuse, sont susceptibles de rendre des services.

A. — *Greffe graisseuse.*

Depuis que Chaput, en 1904, a recommandé la graisse pour combler les cavités d'ostéomyélite, on a de différents côtés repris et activement poursuivi l'étude de la greffe adipeuse. Moi-même, à plusieurs reprises, j'ai attiré sur ce sujet l'attention de la Société de Chirurgie. « La graisse, disions-nous dans notre rapport au Congrès de New-York, est excellente pour combler les espaces vides, remplir les excavations osseuses, effacer les dépressions des parties molles. Justement parce qu'il s'agit d'un tissu pauvre en vaisseaux et presque inerte, il est un de ceux qui se peuvent le plus aisément transporter d'une région dans une autre. Sa vie torpide, ses faibles besoins deviennent justement des avantages et doivent le faire préférer à bien d'autres, mieux organisés et plus nobles, mais aussi plus exigeants et plus fragiles. »



(M. M., blessé le 10 février 1915).
BLESSURE DE LA FACE PAR ÉCLAT DE BOMBE. CICATRICES VICIEUSES DE LA JOUE.
Extirpation. Réduction graduelle. Greffe graisseuse.

La condition préalable à la greffe graisseuse comme à toute tentative de transplantation est que le foyer traumatique soit entièrement désinfecté.

La technique est assez simple.

L'opération comprend trois temps : 1° préparation de la logette destinée à recevoir le greffon et hémostase; 2° prélèvement de la masse adipeuse. La fesse constitue une réserve abondante et toute désignée; 3° installation et incarcération du greffon dans la loge qu'il doit remplir exactement.

D'une façon générale le sort de la greffe se décide de très bonne heure. Elle est rejetée en totalité dès les premiers jours ou acceptée d'une manière définitive. Les éliminations tardives sont assez rares.

Nous ne pensons pas que le paquet adipeux transplanté continue à vivre d'une façon durable. Tout porte à croire au contraire, qu'après une lutte plus ou moins courte, il finit par succomber et qu'il est remplacé progressivement par des tissus de formation nouvelle, qu'en réalité il sert de tuteur et se résorbe lui-même tôt ou tard. Peu importe d'ailleurs au point de vue plastique que la graisse transplantée reste de la graisse ou se transforme en tissu conjonctif plus ou moins scléreux, si le résultat est stable.

C'est justement ce rôle probablement temporaire du greffon qui permet d'avoir recours aux greffes homoplastiques, c'est-à-dire provenant d'un autre individu.

Les indications de la transplantation graisseuse sont d'ordre purement esthétique. Elles permettent par exemple d'effacer la difformité résultant de perte de substance des parties molles sous-cutanées, de la destruction de la paroi antérieure des sinus frontaux, de l'arcade zygomatique, de rétablir le relief de la pommette. Elles peuvent, en définitive, fournir d'admirables résultats en ce qui concerne le rétablissement des formes extérieures, mais il ne faut leur demander rien de plus.

B. — *Greffe osseuse.*

La transplantation de fragments osseux provenant d'un autre sujet (greffe homoplastique) ne donne pas de succès durables. Le transplant ou bien est éliminé, ou bien se résorbe assez rapidement.

Il faut donc que le matériel de greffe provienne du blessé lui-même.

On s'adresse pour le prélèvement au tibia, à l'omoplate, aux côtes, aux os voisins quand il s'agit du crâne. Le principal obstacle à l'emploi des transplantations osseuses est la difficulté de travailler avec précision le tissu osseux, si l'on ne dispose point d'une instrumentation spéciale. Peu de chirurgiens sont dotés d'un tel outillage. C'est donc avec peine qu'ils peuvent détacher, modeler et fixer les fragments osseux.

Dans certains cas, à la vérité, on peut se contenter d'une mince couche empruntée aux parties les plus superficielles du tibia comme le fait Delagenière.

Les greffes osseuses sont susceptibles de donner de très bons résultats. Mais outre les difficultés techniques qui, à notre avis, doivent en limiter l'emploi, nous ferons encore une réserve à leur sujet.

Le transplant osseux est fragile dans sa vitalité, instable au point de vue de la durée. Cette dernière considération a peut-être une importance médiocre quand il s'agit de pseudarthroses où le rôle dévolu au greffon lui-même est surtout de rétablir la continuité des fragments et de guider le travail ostéogénique partant de ceux-ci. Elle en a beaucoup quand il s'agit d'opérations dont le succès dépend absolument de la persistance de la greffe. La rhinoplastie en est le type. La disparition, l'amoindrissement même des transplants constituant la charpente de l'organe restauré entraînent la ruine de l'entreprise et même la ruine presque toujours irrémédiable.

C. — *Greffe cartilagineuse.*

Les transplantations cartilagineuses constituent un progrès considérable dans la chirurgie réparatrice.

La transplantation de baguettes cartilagineuses a été utilisée depuis quelques années dans la rhinoplastie. Préconisé tout d'abord par V. Mangold, ce procédé a été recommandé par Nélaton et Ombredanne pour restaurer la charpente du nez. Personnellement, j'y ai eu recours très souvent. Un grand nombre de mes opérés ont été présentés à la Société de Chirurgie, et quelques-uns bien avant la guerre, et si mes souvenirs sont exacts, ce sont les seuls cas qui aient été soumis au contrôle de cette Société. La rhinoplastie a été renouvelée par la prothèse cartilagineuse.

Comme je l'écrivais dans mon rapport de 1914 à New-York, « on peut dire sans exagérer que la rhinoplastie totale ou subtotale date réellement de l'emploi de cette nouvelle méthode ». Mais, jusque-là, la transplantation cartilagineuse n'avait guère trouvé d'autre application dans la chirurgie réparatrice. J'ai pensé au contraire qu'elle était appelée à rendre dans ce domaine d'inappréciables services.

Dans mon rapport du Congrès de New-York je m'étais efforcé de montrer combien nombreuses et variées étaient les circonstances où elle pouvait trouver un utile emploi. Mais c'est surtout depuis la guerre actuelle que j'ai eu l'occasion de faire de nombreuses opérations réparatrices basées sur la transplantation du cartilage. Les mutilations cranio-faciales offraient à ces tentatives un champ très vaste. Nous pouvons affirmer que les résultats de ces efforts ont été extrêmement fructueux et consolants.

On peut se servir à la rigueur de tous les cartilages quels qu'ils soient. Mais, pratiquement, ce qu'on a de mieux à faire, c'est de s'adresser aux cartilages costaux, et particulièrement aux 6e, 7e et 8e, qui fournissent en abondance et facilement tout le matériel nécessaire même à des réparations très importantes (1).

Je ne peux que répéter à ce sujet ce que je disais à la Société de Chirurgie : « Le cartilage costal se laisse aisément découper au bistouri. On peut y tailler des lames, des baguettes, des arceaux, façonner les fragments à sa guise et les adapter avec une précision extrême à leur destination. Le chirurgien n'a besoin pour préparer ses pièces de prothèse ni d'aide, ni d'instruments spéciaux. » Malgré cette complaisance à se laisser menuiser le cartilage offre une résistance très grande et peut tenir partout la place du tissu osseux.

Les fragments transplantés se greffent réellement il vivent de leur vie normale, ils s'adaptent avec une rapidité extrême à leurs nouvelles conditions d'existence.

Et cette greffe réussit toujours pour ainsi dire, alors que celle des os est si délicate à obtenir. Non seulement le succès immédiat est la règle, mais il est durable. Le cartilage greffé vit indéfiniment, sans se résorber, sans subir de diminution appréciable. Il en résulte que dans la pratique, on n'a pas à compter avec la réduction des pièces



(D. P., blessé le 22 juin 1916).
ÉNORME DÉLABREMENT DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA FACE PAR ÉCLAT DE GRENADE.
Autoplastie en jeu de patience. Greffe de cartilage pour reconstitution de la partie détruite du maxillaire inférieur.

transplantées, que l'on peut et que l'on doit leur donner leurs dimensions exactes, et l'on saisit avec quelle précision rigoureuse il est permis d'aborder l'œuvre réparatrice.

Les transplants peuvent provenir d'un autre sujet et cela est encore un point de plus grand intérêt. Ils se greffent aussi bien que s'ils ont été empruntés à l'opéré lui-même.

La résistance, la persistance indéfinies des pièces cartilagineuses permettent de s'en servir avec confiance, et la facilité avec laquelle elles se laissent tailler et façonner donne au chirurgien de grandes commodités, notamment pour la reconstitution du rebord orbitaire, de la saillie malaire, pour l'obturation des brèches craniennes, et bien entendu pour la rhinoplastie. Dans les pertes de substance des mâchoires on peut également trouver d'intéressantes indications aux greffes cartilagineuses.

Appareils de prothèse et opérations plastiques.

C'est une question bien vaste que celle de la prothèse dans les mutilations faciales. Nous ne songeons pas à l'aborder ici, dans son ensemble, encore moins à entrer dans aucun détail technique concernant la construction des appareils, ni leurs dispositions variables à l'infini, ni même les indications qu'ils doivent remplir dans tant de circonstances diverses. Nous voulons seulement examiner dans quelle mesure, certaines opérations plastiques peuvent être facilitées et rendues plus parfaites, grâce à des appareils qui servent de soutien ou de moule pendant la durée du traitement.

Plus notre expérience s'accroît plus nous sommes convaincu de la nécessité des appareils modelants dans un grand nombre d'autoplasties faciales. Les parties molles détachées, les lambeaux, ont une tendance constante à se déformer ; on ne saurait prendre trop de précautions pour les maintenir en bonne position tant que durera le travail de cicatrisation et d'organisation.

(1) Société de Chirurgie, 27 octobre 1915.

Or l'absence ou le déplacement des pièces squelettiques mettent les plus grands obstacles à la bonne organisation des parties molles. La réparation se fait sans harmonie, il se produit des rétractions, des affaissements, des recroquevillements, et l'opération plastique la mieux conçue échoue réellement sans le concours des supports reproduisant les reliefs osseux, les points d'appui osseux et s'opposant d'une manière efficace aux déplacements des parties molles. C'est particulièrement dans la réfection des lèvres, des joues, du menton, que l'on peut tirer parti des appareils modelants. Très fréquemment la mutilation labiale, génienne, mentonnière, coïncide avec des fractures comminutives de l'une ou l'autre ou des deux mâchoires : fractures alvéolaires; fractures totales avec perte de substance; destruction très étendue, destruction de tout l'arc horizontal du maxillaire inférieur; disparition du massif maxillaire supérieur. Au-devant d'un espace vide, au-devant de fragments irréguliers ou ballants, impossible de rien bâtir de stable. Les supports nécessaires sont souvent fixés à d'autres appareils ayant pour but de réduire et maintenir les fragments des os brisés, mais ils peuvent être et sont en fait dans un grand nombre de cas entièrement indépendants. Leur rôle, nous le répétons, est lié exclusivement à l'indication plastique. Ils sont construits d'après les données du chirurgien en vue de chaque cas envisagé en particulier.

Au reste il s'agit toujours de dispositifs très simples, tels que bandes arquées en métal ou en caoutchouc reproduisant le relief de l'arcade dentaire supérieure et de la région alvéolaire correspondante au niveau des incisives et des canines pour servir à la restauration de la lèvre supérieure; appareil analogue pour la réfection de la lèvre inférieure; coque en caoutchouc durci pour autoplastie de la lèvre inférieure et du menton; arc maxillaire en caoutchouc ou en métal léger, rappelant la configuration du maxillaire inférieur que l'on enveloppera plus ou moins péniblement de téguments pour essayer de reconstituer une cavité buccale; etc. Ces pièces de prothèse sont fixées soit aux dents à l'aide de couronnes scellées ou non, ou rattachées aux gouttières, aux appareils à glissières ou autres, destinés à maintenir en bonne position les débris des mâchoires.

Nous ne pouvons envisager toutes les circonstances où la chirurgie plastique doit bénéficier d'une prothèse modelante; mais nous tenons à signaler parmi les interventions où il serait regrettable de se priver de cet utile adjuvant, les rhinoplasties portant sur l'auvent nasal et les blépharoplasties chez les sujets dont le globe oculaire a disparu. Pour les rhinoplasties basses, je me sers de tuteurs métalliques creux, maintenus accrochés aux oreilles par des *branches de lunettes*.

Pour les paupières il n'est pas besoin de tuteurs bien compliqués. Je me sers de masses de caoutchouc en forme d'amandes, de volumes variés. Tantôt elles sont libres dans le sac conjonctival laissé ouvert, tantôt incarcérées, quand il a paru utile de transformer momentanément la conjonctive en sac clos.

Il y aurait encore un autre aspect de la prothèse que nous pourrions examiner : c'est l'art de cacher, de masquer les difformités extérieures. C'est une bien vieille industrie que celle des masques et spécialement dans le domaine des mutilations faciales, on a fait depuis longtemps des pièces remarquables pour remplacer les nez détruits, les lèvres, les mentons, la moustache, etc.

La guerre actuelle a été l'occasion de tout renouveler dans ce domaine, et peut-être a-t-on ainsi rendu service à un certain nombre de mutilés.

En ce qui nous concerne, tout en reconnaissant l'opportunité de la prothèse plastique définitive dans quelques cas exceptionnellement difficiles, et chez certains malades pusillanimes, nous pensons qu'il faut tout tenter pour éviter aux blessés le port de tels appareils. Si bien faits soient-ils, et ils ne le sont pas toujours; quoique habituellement coûteux, ils s'abîment rapidement, ils contentent rarement le sujet qui en est porteur et il en est bien peu qui ne soient pas gênants. Nous préférons tâcher d'obtenir par tous les moyens possibles une solution chirurgicale acceptable pour le patient.

Ce que nous disons là ne saurait bien entendu s'appliquer à la prothèse oculaire, irremplaçable celle-là, pas plus qu'il n'y aurait lieu de contester l'utilité de la prothèse dentaire.

De quelques opérations réparatrices envisagées en particulier (1)

Cranioplastie.

C'est l'obturation des pertes de substance du crâne.

Les plaies du crâne sont devenues moins communes et moins graves depuis l'adoption du casque; mais cependant elles sont encore très fréquentes, et nous avons bien souvent l'occasion de nous occuper des brèches résultant à

(1) L'immense majorité de nos opérations sont pratiquées sous l'anesthésie locale à la cocaïne qui offre de multiples avantages : la suppression de l'anesthésie générale, de ses inconvénients et de ses dangers; économie considérable de temps; inutilité d'un aide spécial anesthésiste; liberté plus grande de manœuvres; collaboration du patient avec le chirurgien.



PERTE DE SUBSTANCE TRÈS ÉTENDUE DU CRANE.
Cranioplastie par transplantation cartilagineuse.

la fois des lésions craniennes et des interventions chirurgicales qu'elles nécessitent impérieusement. Ces brèches du crâne sont surtout préjudiciables au niveau du front où, sans parler des inconvénients liés au défaut de protection de l'encéphale, elles entraînent une difformité toujours très apparente et généralement hideuse.

Il y a plusieurs façons de pratiquer la cranioplastie : insertion de corps inertes sous formes de plaques, métalliques ou autres ; transplatation osseuse ou ostéo-périostique ; ostéoplastie à l'aide de lambeaux osseux taillés dans le voisinage ; greffes cartilagineuses enfin.

Nous nous sommes efforcé, par de nombreuses publications, de répandre cette dernière méthode qui nous paraît préférable à toutes les autres, particulièrement pour la réparation des brèches frontales.

En raison de l'intérêt qu'offre ici la question d'esthétique, le résultat doit être irréprochable, et l'on peut affirmer qu'avec les transplantations de cartilage costal ce résultat peut être régulièrement et même aisément obtenu.

La greffe doit être entreprise seulement quand la cicatrisation est obtenue, et même il est plus sûr d'attendre encore quelques mois. Elle doit être préparée par l'excision, la réduction des cicatrices et au besoin par des autoplasties reconstituant, dans de bonnes conditions, les plans superficiels.

Les cartilages costaux prélevés (un, deux ou trois, selon l'étendue de la brèche à combler), on rouvrira la cicatrice ou l'une des cicatrices en regard de la perte de substance (il est très rare que la taille d'un lambeau soit nécessaire), on libère les téguments et l'on met à découvert la perte de substance. On désinsère avec soin la membrane qui, à son niveau, revêt l'encéphale, on la désinsère en suivant le contour osseux ; celui-ci est débarrassé à la rugine de tous les débris fibreux qui y prennent adhérence ; il faut qu'au-dessous de lui un espace circulaire soit créé entre l'os et la dure-mère.

Les cartilages découpés en copeaux sont introduits dans cette brèche. Pour ceux qui sont placés au fond, on s'efforce d'engager leurs deux extrémités amincies entre la dure-mère et l'os. Toute la brèche est comblée, peu à peu, par l'accumulation de copeaux, de forme, de longueur, d'épaisseur variables, disposés en divers sens, s'imbriquant, se superposant.

A la surface on applique quelques grandes écailles de cartilage pour couvrir le tout. Puis on ramène les téguments sur cet amas de fragments cartilagineux et l'on suture. C'est tout. Inutile de fixer plus complètement les greffons. Un seul détail mérite attention. Les copeaux pourvus du péri-



PERTE DE SUBSTANCE DU FRONTAL, DESTRUCTION DE L'ARCADE ORBITAIRE.
Restauration par greffe cartilagineuse.

chondre auront toujours leur face périchondrale tournée vers la profondeur, parce qu'ils tendent invariablement à se déformer, à se mettre en arc, la concavité de l'arc répondant au côté où se trouve la membrane fibreuse. De cette façon les pièces cartilagineuses auront toujours tendance à bomber vers l'extérieur et tendront à rendre au crâne sa voussure régulière.

L'emploi des greffes cartilagineuses est particulièrement précieux quand il s'agit de brèches très bas situées intéressant l'arcade orbitaire ou se continuant avec des pertes de substance du squelette nasal. Le cartilage se laissant menuiser, tailler au bistouri, le chirurgien peut extemporanément préparer les pièces nécessaires, les modifier, les essayer, les réduire, les corriger dans la plaie même. Aucune autre méthode évidemment ne laisse au chirurgien une telle aisance, une telle liberté de manœuvres et ne permet une précision aussi grande dans l'opération réparatrice. Un grand nombre de nos opérés ont été au cours des dernières années présentés à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie.

Nous pouvons, après une expérience étendue et déjà longue, assurer que les résultats obtenus sont d'une stabilité parfaite.

Rhinoplastie.

Nous ne pouvons songer à résumer ici cette vaste question, la plus délicate, la plus complexe de toute la chirurgie réparatrice.

De toutes les difformités les plus pénibles à supporter semblent être celles du nez. Il suffit d'une légère atteinte à cet organe, d'une perte de substance peu étendue, pour rompre entièrement l'harmonie du visage. Aussi la destruction même partielle du nez affecte-t-elle toujours sérieusement le moral du blessé.

La rhinoplastie est la plus délicate des œuvres plastiques : elle est entourée de difficultés infinies, elle exige des opérations successives échelonnées sur un espace de plusieurs mois. Il faut une patience inlassable de la part de l'opéré, comme du chirurgien pour que le résultat soit satisfaisant ou simplement honorable. Mais l'homme dont le nez est détruit ou simplement endommagé accepte tout, se prête à toutes les interventions, à toutes les retouches, à toutes les lenteurs, dans l'espérance de pouvoir un jour se montrer sans bandeau, redevenu normal, n'attirant plus l'attention, délivré de son obsédante laideur. A titre d'indication, nous examinerons seulement les opérations réparatrices applicables à deux variétés communes de mutilations nasales.

1° *Destruction de la racine du nez. Squelette et téguments.*— Les lésions s'étendent habituellement aux apophyses ascendantes du maxillaire supérieur et intéressent aussi, plus ou moins, l'auvent nasal. Ce dernier tend constamment à s'affaisser, à s'aplatir, à remonter, et enfin à basculer en s'enfonçant vers les fosses nasales.

Il faut, avant tout, corriger l'attitude vicieuse de l'auvent, le soutenir à l'aide de tuteurs appropriés, calibrer les narines, et veiller à la désinfection minutieuse des fosses nasales et des sinus.

La rhinoplastie doit être préparée par l'insertion sous les téguments du front, tantôt d'une baguette de cartilages tantôt de deux ou trois pièces cartilagineuses, selon l'importance des destructions squelettiques. En tout cas, une de ces pièces offre une importance prépondérante, c'est celle qui est destinée à devenir l'axe, l'arête du nez. Une courte incision pratiquée au niveau de l'espace intersourcilier, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu latéralement vers l'extrémité interne de l'un des sourcils, permet d'insinuer la ou les baguettes sous les téguments du front. En général j'installe la baguette maîtresse verticalement, à droite du plan médian. Sa longueur est calculée d'après l'étendue de



(A. V., blessé le 1er septembre 1915).

BLESSURE DE LA FACE PAR BALLE. PERTE DE L'ŒIL GAUCHE. MUTILATION DU NEZ ET DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE.

Corrigée par autoplastie et transplantation cartigineuse.



(S. J., blessé le 7 juin 1915).

BLESSURE PAR ÉCLAT D'OBUS. PERTE DES DEUX YEUX. DESTRUCTION DE LA RACINE DU NEZ.
Corrigée par autoplastie et greffe cartilagineuse.

la brèche à combler. Les pièces latérales, quand elles sont utiles, sont glissées par la même incision, mais dans des tunnels sous-cutanés distincts.

Au bout d'un mois environ, les cartilages sont parfaitement greffés, et il devient possible, de les transporter, incorporés au lambeau destiné à la rhinoplastie.

Après avivement du pourtour de la perte de substance, on prélève sur le front l'étoffe nécessaire, en tenant compte non seulement des dimensions apparentes de la brèche, mais du relief que donnera au nez le tuteur cartilagineux axial. Le pédicule du lambeau sera placé à gauche si la pièce maîtresse a été mise à droite du plan médian. La forme du lambeau, d'une façon générale, est triangulaire. Après dissection, on le fait pivoter autour de son pédicule, on le met en place, et on le fixe par des sutures. Nous nous arrangeons en taillant le lambeau de manière à le faire dépasser par le bout de la baguette axiale. Cette pointe est enfoncée sous les téguments de l'auvent, dans une sorte de nid de pigeon que l'on prépare pour la recevoir. L'autre extrémité de la baguette est fixée au périoste de l'échancrure frontale par une suture perdue au catgut.

La tâche est loin d'être terminée quand la réunion est obtenue, et que toute crainte est dissipée au sujet de la vitalité du lambeau et de ses annexes cartilagineuses. Le gros œuvre est accompli, mais il reste à mettre au point l'organe reconstitué, à le façonner par une série de retouches; c'est là à proprement parler la partie la plus intéressante de ce travail difficile qu'est toute rhinoplastie. Peu à peu le résultat s'améliore; graduellement on voit le nez s'affiner, s'harmoniser avec le reste du visage, et finalement se rapprocher tellement de l'état naturel que le sujet s'en déclare satisfait. (Société de Chirurgie, Juillet 1915, Décembre 1915, 10 Mai 1916, 17 Mai 1916, Juillet 1916, 8 Août 1916 20 Juin 1917.)

2° *Restauration de la pointe du nez.* — Plusieurs procédés permettent de reconstituer la pointe du nez. On peut, notamment, se servir de lambeaux prélevés sur un des côtés et la racine du nez, ou même sur le front.

Mais quand la destruction est limitée au lobule et aux parties immédiatement adjacentes de la sous-cloison et des



(F. J., blessé le 20 septembre 1914)

BLESSURE PAR BALLE. MUTILATION DU NEZ.
Corrigée par autoplastie et greffe.

contours narinaires, la greffe italienne aux dépens des téguments de la paume de la main est une méthode très recommandable. Nous disons bien la paume de la main. Sans doute d'autres régions, et notamment le bras, peuvent offrir les matériaux de la greffe ; mais rien n'est comparable aux téguments palmaires pour la qualité du résultat, au point de vue de la consistance, de la coloration, de l'aspect quasi-naturel de la partie transplantée. Le lieu d'élection pour la prise du greffon est le territoire voisin de la commissure du pouce et de l'index. La main est appliquée sur le visage, les doigts d'un côté, le pouce de l'autre. On avive les bords de la perte de substance; le lambeau est taillé ensuite; sa base correspond au pli commissural, il est disséqué, relevé, suturé au nez. L'avant-bras et le bras sont fixés au thorax et la tête immobilisée à l'aide d'un grand appareil plâtré, ou simplement d'un bandage de crêpe si le sujet est docile. Au bout d'une vingtaine de jours le pédicule est sectionné et l'on achève alors d'adapter le greffon par de petites opérations complémentaires.

Reconstitution de la pommette. — La destruction de l'os malaire était, jusqu'à une époque très récente, une mutilation paraissant irrémédiable. Il n'en est plus ainsi. Les transplantations et spécialement les greffes cartilagineuses ont apporté la solution du problème.

Remplacer par du cartilage l'os malaire détruit, l'axe zygomatique, les parties externes et inférieures du contour orbitaire, c'est à l'heure actuelle, nous pouvons l'affirmer, une intervention parfaitement réglée. (Société de Chirurgie 1915-1916).

Il serait, néanmoins, puéril de nier les réelles difficultés de cette restauration. Elle ne doit pas être entreprise tant que l'on conserve quelque doute au sujet de la stérilité du foyer traumatique. Il faut être rassuré à l'égard des infections conjonctivales, lacrymales, de l'état des sinus. L'opération doit être souvent préparée par des extirpations de cicatrices, par la fermeture de communications anormales entre les fosses nasales, la bouche et l'extérieur, par des autoplasties restituant les téguments malaires et palpébraux, par la suture des paupières. C'est dire combien ces préliminaires exigent parfois de temps et d'efforts.

L'heure enfin venue, on rouvre la cicatrice, ou l'une des cicatrices, à l'endroit qui paraît le plus propice pour l'abord du foyer. On pénètre dans la brèche squelettique; les limites, les parois en sont prudemment reconnues, l'excavation est déblayée, lentement, minutieusement. A tout prix, il faut éviter d'ouvrir les fosses nasales ou le sinus maxillaire, la conjonctive, ce qui entraînerait la ruine de l'entreprise.

On prélève alors la quantité nécessaire de cartilage costal. Les cartilages sont préparés, menuisés, transformés en fragments de volume variable et de formes diverses.

Le fond de la brèche est d'abord rempli de fragments petits et nombreux qui comblent tous les interstices, constituant une solide assise; puis on installe d'autres pièces, taillées avec d'autant plus de précision qu'elles seront plus superficiellement placées. Ce sont elles qui, par leur agencement, leurs courbures, reproduiront le contour orbitaire, les reliefs de la pommette et de l'axe zygomatique. Aucun fil, aucun moyen de fixation n'est nécessaire. Les différentes pièces doivent tenir par juxtaposition et tassement après rapprochement des parties molles qui vont les enserrer étroitement.

Le succès opératoire rend au sujet une physionomie symétrique, normale, le change du tout au tout.

Le cartilage remplit ici exactement le rôle du tissu osseux. Il ne se transforme jamais en os, mais les fragments, promptement agglomérés par du tissu fibreux, constituent une masse compacte d'une résistance extrême et véritablement comparable à celle d'un bloc osseux.

Perforations palatènes et palato-vestibulaires. — Les communications anormales entre la bouche et les fosses nasales sont, malheureusement, une conséquence fréquente des blessures de la face par balles ou éclats d'obus.

Les lésions peuvent être limitées à la voûte palatine, mais très souvent la région alvéolaire et le vestibule sont en même temps atteints. Aussi est-il difficile et même presque impossible, de séparer les mutilations strictement palatines de celles qui portent en même temps sur le vestibule.

La communication anormale entre la bouche et les fosses nasales est évidemment le fait dominant, mais il est indispensable, au point de vue de la thérapeutique, de tenir compte d'autres éléments de la difformité : pertes de substance osseuse, résultant de fractures plus ou moins complexes du massif facial, attitude vicieuse des fragments, destruction des dents, inégalités du rebord alvéolaire, cicatrices irrégulières et adhérentes de la fibro-muqueuse palatine et de la joue, constriction des mâchoires, et aussi des infections des fosses nasales et des sinus qui sont presque la règle.

Les perforations palatines ou palato-vestibulaires offrent, naturellement, de grandes variations dans leur siège, leur étendue, leur configuration, mais il est possible d'en établir quelques types fondamentaux.

Sans pouvoir entrer dans le détail des faits qui justifient cette classification, nous distinguerons les perforations

centrales, médianes ou voisines du plan médian; les perforations latérales, les palato-alvéolaires et les palato-vestibulaires latérales ou antérieures.

Les perforations occupant la partie centrale de la voûte sont parfois exactement médianes et symétriques, arrondies ou ovalaires, avec grand axe antéro-postérieur ou transversal.

Leur traitement s'inspire directement des règles ordinaires de la palatoplastie, et les opérations indiquées sont tout à fait comparables à celles que l'on emploierait pour des perforations d'origine spécifique : avivement, incisions latérales le long des arcades dentaires, décollement de la fibro-muqueuse palatine, suture.

Le succès est aisément obtenu quand la perforation est petite, mais si elle est un peu importante, il faut craindre l'établissement de fistules latérales à l'endroit des incisions libératrices, accident qui heureusement est loin d'être irréparable.

Dans une catégorie très voisine prennent place les perforations peu éloignées de la ligne médiane et d'assez faible étendue, encore justiciables de la suture par rapprochement des bords, après avivement de ceux-ci, décollement et mobilisation de la fibro-muqueuse à l'aide d'incisions appropriées.

Pratiquement cette ligne de conduite, si simple en théorie, rencontre de réelles difficultés. On est très gêné pour tous les temps de l'intervention. Des cicatrices partant des extrémités de la perforation s'étendent au loin, obligent à une extrême prudence dans les incisions de décollement, obligent à en modifier le tracé, selon les exigences de chaque cas particulier.

Jusqu'ici la réparation peut être menée à bien en s'adressant à la fibro-muqueuse palatine elle-même.

Mais les choses changent d'aspect quand il s'agit d'une perforation franchement latérale ou palato-alvéolaire ou palato-vestibulaire.

Pour ces cas, de beaucoup les plus communs, la cure chirurgicale est presque toujours une impossibilité si l'on veut s'adresser uniquement à la muqueuse palatine.

C'est alors, à notre avis, qu'il faut demander à la muqueuse de la joue l'étoffe nécessaire et pratiquer suivant les circonstances, une autoplastie à lambeau ou une autoplastie par glissement.

Les autoplasties par glissement, après libération et décollement de la muqueuse génienne, sont les plus simples, et de beaucoup les plus recommandables. Elles sont indiquées dans toutes les perforations palato-vestibulaires et palato-alvéolaires et dans certaines perforations latérales. La chute des dents, la destruction du rebord alvéolaire permettent d'attirer en dedans la muqueuse de la joue et de la suturer au pourtour de la brèche à la fibro-muqueuse palatine préalablement décollée. Au besoin, des incisions libératrices facilitent la locomotion de la muqueuse génienne et permettent de façonner des sortes de lambeaux qui glissent directement sur la brèche, sans aucune espèce de torsion.

Les opérations de ce type ne donnent, pour ainsi dire, que des succès. J'ai eu l'occasion d'en présenter de nombreux exemples à la Société de Chirurgie (24 novembre 1915, 15 avril 1916, 5 juillet 1916, 8 janvier 1917) et à l'Académie de Médecine (25 avril 1918).

Mais quand la perforation est seulement latéro-palatine, que la destruction des dents et du rebord alvéolaire ne porte que sur une faible étendue, ce procédé n'est pas réalisable. Il faut prélever sur la joue un lambeau que l'on fait tourner autour de son pédicule pour l'appliquer sur la brèche palatine et le fixer au pourtour de celle-ci opération délicate et malaisée s'il en fut.

La plaie d'emprunt peut être réunie immédiatement, grâce à la laxité de la joue. On est exposé à sectionner le canal de Stenon, au voisinage de sa terminaison, mais il n'en résulte aucun inconvénient. Ce procédé est moins fidèle que celui d'autoplastie par glissement, mais il donne habituellement de magnifiques résultats.

Les perforations palato-vestibulaires antérieures s'accompagnent, généralement, de destructions osseuses très étendues. Elles se laissent, à l'ordinaire, fermer sans trop de peine en suturant à la partie postérieuse de la brèche la muqueuse de la lèvre supérieure et des joues.

Pour éviter d'attirer la lèvre en arrière, il convient de mobiliser et d'attirer en avant la muqueuse des joues à l'aide de grandes incisions vestibulaires, si bien que c'est surtout aux dépens des joues que doit être faite l'autoplastie.

Dans quelques cas le glissement ne suffit pas et il faut recourir, par nécessité, à la taille de lambeaux muqueux géno-labiaux.

Toutes nos opérations, sans exception, ont été pratiquées sous l'anesthésie locale, à la cocaïne en solution à 1 %. L'anesthésie locale trouve une de ses meilleures applications dans la chirurgie réparatrice du palais ; dans ce domaine elle constitue un progrès considérable. L'acte opératoire en est grandement simplifié et abrégé et sa bénignité en est plus complète encore. Toute la technique en est avantageusement modifiée. En particulier, il n'est plus nécessaire de placer le sujet la tête en bas ; nous le laissons couché sur le dos, la tête légèrement élevée.

Les suites de ces opérations sont habituellement très simples ; la mortalité est nulle, elles sont suivies de succès dans une proportion de plus de 80 °/o, et les échecs sont presque toujours susceptibles d'être réparés par de nouvelles tentatives ; il n'y a pour ainsi dire pas d'insuccès qui puisse être considéré comme définitif.

Aussi est-il permis d'affirmer que l'immense majorité des brèches palatines et vestibulaires par traumatismes de guerre sont curables, bien que leur traitement soit entouré de réelles difficultés et que chaque cas, pris en particulier, constitue réellement un problème nouveau à résoudre.

Traitement des fistules salivaires. — Les fistules salivaires se répartissent en deux groupes, selon qu'elles sont en rapport avec une lésion de la glande parotide ou de son conduit excréteur. Dans la pratique civile c'est seulement de loin en loin que s'observent les fistules salivaires. Mais les blessures par projectiles de guerre nous ont fourni des occasions trop nombreuses d'en observer ; et leur fréquence n'est certes pas en rapport avec la multiplicité des lésions de l'appareil salivaire. Beaucoup de plaies s'accompagnent d'écoulements salivaires provenant de la glande ou du canal de Sténon, qui tarissent spontanément et d'une manière définitive.

Le traitement des fistules permanentes a donné et donne encore lieu à beaucoup de divergences. Mais, pour ma part, après quelques tâtonnements, j'ai adopté une pratique à laquelle j'ai de bonnes raisons de demeurer fidèle, car elle permet de triompher d'une façon constante et généralement très rapide de cette infirmité désagréable. (Société de Chirurgie, 28 mars 1917).

Le traitement de toutes les fistules salivaires, glandulaires, me paraît devoir être l'extirpation du trajet fistuleux et du bloc cicatriciel qui l'entoure. Les parois de l'excavation creusée dans la glande par cette ablation sont ensuite rapprochées aussi exactement que possible par un ou deux plans de sutures perdues au catgut. La plaie cutanée est refermée hermétiquement. Dans la très grande majorité des cas la guérison est obtenue d'emblée en quelques jours Parfois se produit un petit épanchement salivaire promptement enkysté. On vide le kyste par des ponctions répétées ; le liquide se reproduit de moins en moins abondant et après un temps très court les ponctions ne ramènent plus rien, et il n'est plus jamais question de kyste ni de fistule. Plus rarement encore la plaie se désunit, mais nous avons toujours vu alors l'écoulement cesser spontanément.

Les fistules du canal de Sténon comportent aussi une cure radicale, dont le premier temps est encore l'éradication du trajet-fistuleux, de la cicatrice superficielle et du bloc fibreux qui s'enfonce jusqu'au conduit excréteur et l'englobe. Ceci fait, le bout postérieur du canal est recherché, isolé, ligaturé, et s'il se peut enfoui dans la masse glandulaire, ou sinon dans les parties molles voisines, et la plaie close aussi exactement que possible. Le sujet pendant quatre ou cinq jours est laissé à la diète, plus exactement on lui interdit les aliments exigeant la mastication. Le plus souvent la guérison est obtenue d'emblée — dans certains cas la ligature cédant, il se produit, comme nous l'avons vu pour les fistules parotidiennes, un épanchement salivaire qui s'enkyste et disparaît à la suite de quelques ponctions. Enfin on peut observer aussi la réouverture de la plaie, et un écoulement de salive, qui tarit sans nouvelle intervention. Le mécanisme de la guérison est l'oblitération du canal de Sténon, l'annihilation fonctionnelle de la glande et sans doute à la longue sa sclérose et son atrophie.

Paralysie facaile. — Les paralysies faciales sont extrêmement fréquentes dans toutes les blessures de la région parotidienne ou du rocher. Chose curieuse, beaucoup de ces paralysies, du moins celles qui résultent d'une lésion parotidienne, sont susceptibles de s'amender spontanément et même de disparaître au bout d'un temps plus ou moins long sans laisser aucune trace ; ce qui tient à ce que le nerf a été simplement froissé, élongé, infiltré de sang. La paralysie définitive et totale est une infirmité pénible dont les signes sont bien connus : flaccidité de la joue, déviation de la lèvre du côté opposé, chute de la paupière inférieure, larmoiement. L'idéal est alors de rétablir par la suture la continuité du nerf interrompu, et l'on peut assurément dans certains cas poursuivre cet idéal, au prix de réelles difficultés d'ailleurs. L'idée de restaurer la fonction par anastomose avec un autre nerf est plus aisément réalisable : un des premiers j'ai pratiqué l'anastomose du nerf spinal et du facial. Mais cette opération est matériellement impossible, dans la plupart des cas de paralysie faciale par traumatisme de guerre, toute la région traversée par le nerf étant en général bouleversée.

Une autre solution moins ambitieuse, mais peut-être plus sûre, nous paraît devoir être adoptée chez la plupart des blessés qui consentent au traitement chirurgical de leur infirmité : c'est la réduction des parties molles sous-cutanées de la face par des sutures perdues, c'est leur froncement, leur fixation aux plans résistants. Cette méthode, bien que palliative, n'en est pas moins puissamment efficace et recommandable par sa simplicité relative. (Société de de Chirurgie, 12 janvier 1916).

Chez le paralytique facial la réduction de la joue, de la moitié flaccide et détendue de la face, est susceptible d'apporter une amélioration durable, un changement assez notable pour que la difformité reste inaperçue, et le visage à peu près symétrique, quand le sujet est au repos, et que dans la mimique l'asymétrie ne soit ni très accusée, ni très

choquante. Des incisions pratiquées sur la joue, ou au niveau de l'angle de la mâchoire et de la région parotidienne, permettent de pratiquer ce froncement des parties molles sous-cutanées, et particulièrement le raccourcissement des muscles péribuccaux, de fixer ces muscles raccourcis au masséter. On contrôle au fur et à mesure le degré de correction obtenu, en observant la commissure buccale. L'intervention est complétée en sacrifiant de larges bandes de peau flaccide et flottante.

C'est un véritable modelage de la face.

Un travail analogue peut être exécuté vers le grand angle de l'œil d'une part, vers la partie antérieure de la tempe d'autre part, pour essayer de tendre l'orbiculaire et éliminer l'excédent tégumentaire.

Nous pourrions multiplier ces exemples, car les opérations plastiques sont très variées. A propos de chaque organe, il serait facile de montrer les progrès récents de la chirurgie réparatrice. Mais il n'y a pas lieu d'entrer dans de plus longs détails : ce court aperçu suffit déjà pour montrer les ressources dont nous disposons et les résultats consolants que l'on est en droit d'espérer dans les mutilations faciales les plus complexes.

Si effrayantes que soient au début ces terribles blessures, il ne faut jamais envisager l'avenir sous un aspect trop sombre. La plupart des dégâts sont réparables; quand ils ne le sont pas entièrement, la situation du mutilé est presque toujours susceptible d'être améliorée, la chirurgie aidant, la prothèse aussi, dans une proportion considérable.

Beaucoup de nos grands blessés ont pu rentrer dans l'armée active, d'autres continuer de servir comme auxiliaires. Parmi les plus atteints il n'en est guère que l'on n'ait pu rendre à la société, au travail, à qui l'on n'ait assuré une existence acceptable.

Dr H. MORESTIN,
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

RESTAURATION DES PAUPIÈRES ET DE L'ŒIL

La réparation des difformités de l'œil, des paupières et de la région faciale voisine, constitue, quoi qu'on dise une spécialité dans la chirurgie. C'est une œuvre difficile, mais si belle, si passionnante, qu'elle aurait dû exciter l'ardeur et l'enthousiasme d'un plus grand nombre de jeunes chirurgiens.

I.) La simple mise en place d'un œil artificiel dans une cavité orbitaire vide et non déformée, ne constitue pas une véritable réparation oculaire.

Toutefois, certaines cavités orbitaires déformées par la blessure ne supportent pas les yeux artificiels qu'on trouve habituellement dans le commerce, elles n'admettent que des yeux spéciaux, moulés sur les anfractuosités et les irrégularités de la cavité.

Certains borgnes ont un œil artificiel mobile qui se distingue à peine de l'œil sain; d'autres, au contraire, sont ostensiblement borgnes parce que leur œil artificiel est fixe, immobile, enfoncé dans l'orbite. (Fig. 1 *a* et *a'*).

Cette difformité vient quelquefois d'une mauvaise fabrication de l'œil artificiel, mais elle tient plus souvent à la pratique trop répandue de l'énucléation, c'est-à-dire l'enlèvement total du globe oculaire.

Pour avoir une prothèse oculaire mobile, il faut, en effet, conserver dans l'orbite une partie du globe oculaire, et en faire un moignon sphérique (fig. 2) sur lequel on applique la coque artificielle. (Fig. 3 *a* et *b*). Dans ces conditions l'œil de verre remue ; il suit les mouvements du moignon sur lequel il repose. (Fig. 3. *c*, *d*, *e*).

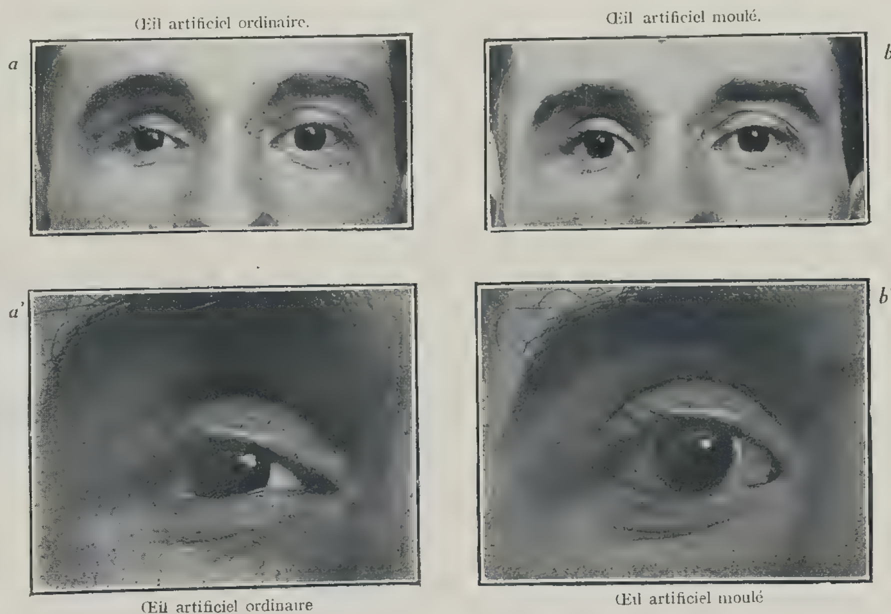


FIG. 1. — CAVITÉ ORBITAIRE DROITE DU MÊME BLESSÉ MUNIE D'UN ŒIL ORDINAIRE (*a* ET *a'*) ET D'UN ŒIL MOULÉ (*b* ET *b'*).

II.) La réparation ou la réfection complète des paupières se fait à l'aide de lambeaux de peau empruntés à la face dans le voisinage de l'œil et greffés à l'emplacement des paupières manquantes ou déformées. Ces lambeaux de peau ne sont pas, comme on le croit, complètement détachés de la région où on les prélève pour être ensuite portés tout d'une pièce sur les paupières ; le lambeau conserve une attache avec la peau faciale qui entoure la zone où il a été prélevé, il y est rattaché par un « pédicule ». Ce pédicule sert à assurer la nutrition du lambeau greffé sur la paupière, c'est une « greffe pédiculée ». La peau nécessaire peut-être empruntée à toutes les parties de la face, à la tempe, à la joue, au front, au nez. Le choix varie suivant l'emplacement de la région à réparer.

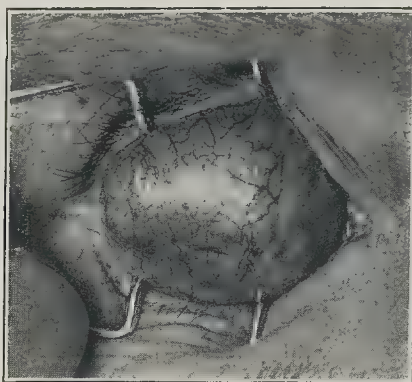
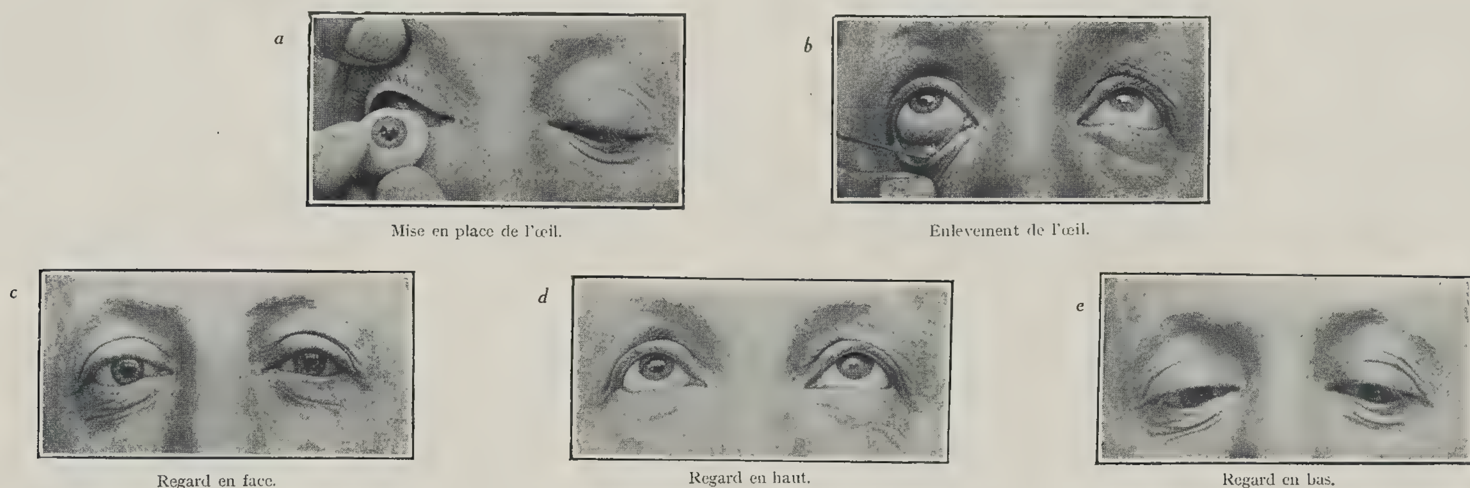


FIG. 2. — MOIGNON D'ŒIL MOBILE SUR LEQUEL ON APPLIQUE LA COQUE ARTIFICIELLE.

Le lambeau réparateur, bien vivant, pourvu d'un large pédicule est appliqué



a — Mise en place de l'œil.

b — Enlèvement de l'œil.

c — Regard en face.

d — Regard en haut.

e — Regard en bas.

FIG. 3. — SUJET MUNI D'UN ŒIL ARTIFICIEL SUR MOIGNON MOBILE, (MOIGNON REPRÉSENTÉ FIG. 2.)
a) Application de l'œil artificiel sur le moignon mobile. *b)* Enlèvement de l'œil artificiel. *c)* Œil artificiel mobile dans le regard en face. *d)* Dans le regard en haut. *e)* Dans le regard en bas.
Dans toutes ces positions, l'œil artificiel suit les mouvements de l'œil sain.

sur la surface à combler et suturé à l'aide de fils, nombreux, très fins, et méticuleusement appliqués. Pour fermer la brèche où le lambeau a été prélevé, on mobilise les lèvres de la plaie, on les rapproche, on les applique exactement l'une contre l'autre et on les suture soigneusement avec des fils fins et nombreux.

Telle est, simplement exposée, la meilleure méthode de réparation des paupières. Les autres, moins bonnes, ne s'emploient que lorsque la précédente est impossible.

A. POULARD,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker
et des Enfants-Malades.



FIG. 4. — RÉPARATION DES PAUPIÈRES.
Destruction de la paupière inférieure.

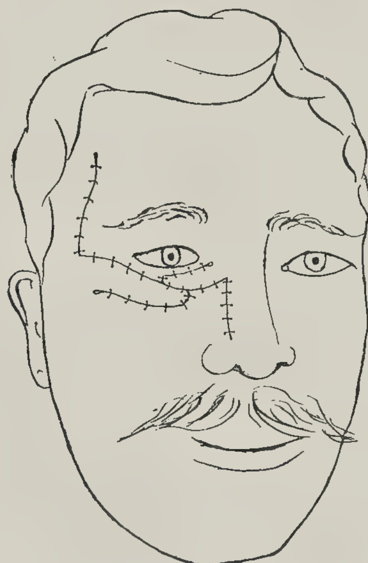


FIG. 5. RÉPARATION DES PAUPIÈRES.
Schéma indiquant le mode des réparations à l'aide d'un lambeau nasal et d'un lambeau temporal.



FIG. 6. — RÉPARATION DES PAUPIÈRES.
Photographie prise peu de temps après l'opération et permettant de distinguer encore les lambeaux qui reconstituent la paupière nouvelle ainsi que les endroits où ils ont été prélevés (tempe et nez). Œil artificiel en verre moulé.

LA GREFFE NERVEUSE

Les blessures des nerfs sont, parmi les complications, les plus fréquentes et les plus graves des blessures des membres.

L'évolution normale de toute plaie nerveuse aboutit à la formation, au niveau du bout supérieur du nerf, d'un *névrome*, au niveau du bout inférieur, d'un *gliome*. Le névrome est formé par la croissance des neurites centrales, le gliome par la prolifération des gaînes de Schwarn. C'est grâce à la formation de ce neuro-gliome qu'un nerf sectionné peut se réparer, même s'il existe un petit intervalle entre les deux bouts. Mais si cet intervalle est quelque peu considérable, la puissance prolifératrice du névrome ne suffit plus à le faire franchir par les fibres nerveuses néoformées, et il se fait une cicatrice isolée des deux bouts sans régénération du bout inférieur. La conclusion thérapeutique, c'est qu'on doit toujours rapprocher l'une de l'autre par la *suture nerveuse*, les extrémités d'un nerf sectionné. Malheureusement, il arrive que ces extrémités soient primitivement ou secondairement séparées l'une de l'autre par un intervalle qui ne permet pas de les rapprocher. Ces cas posent au chirurgien un des problèmes thérapeutiques les plus difficiles à résoudre. Si on ne tente pas la réparation de ce nerf, sa fonction est perdue et si c'est un nerf important, le membre atteint est inutilisable ou à peu près. Comment faut-il la tenter et comment peut-on l'obtenir ?

Dans certains cas, et pour certains nerfs on peut, en disséquant assez loin les segments nerveux séparés, leur donner assez de mobilité pour qu'ils puissent être rapprochés. Cette *mobilisation nerveuse* est relativement importante à la cuisse et au bras ; elle est presque nulle à l'avant-bras. Même combinée à des attitudes appropriées des segments de membres voisins, elle ne constitue qu'un expédient fort aléatoire.

La *suture à distance*, faite à l'aide de catguts nombreux et parallèles, la *suture tubulaire*, faite à l'aide d'un tube, organique on non, d'un drain de caoutchouc ou d'une veine qu'on interpose entre les deux bouts du nerf sectionné, ne sont logiques qu'en apparence. L'espace libre offert au cheminement des jeunes fibres nerveuses entre les fils de catgut ou à l'intérieur du tube, est, en effet, bientôt rempli par un tissu conjonctif plus ou moins dense, qui met vite obstacle à la régénération nerveuse, tout comme une cicatrice fibreuse intermédiaire.

La *neuroplastie par dédoublement*, qui consiste à combler la perte de substance nerveuse par un dédoublement incomplet de l'un ou des deux bouts du nerf sectionné avec bascule du lambeau, est justement condamnée par tous les neurologistes et tous les chirurgiens.

La *neuroplastie par anastomose*, en faveur chez les Allemands, consiste à emprunter, pour la neurotisation du bout inférieur, un nerf voisin sur lequel on anastomose, latéralement d'abord, le bout supérieur, plus bas le bout inférieur du nerf coupé. Si plusieurs nerfs sont coupés, on peut faire des anastomoses en série. Cette méthode ne saurait encore être jugée. Elle n'est pas séduisante, à priori. Le chirurgien a mieux et à moins de frais.

La GREFFE NERVEUSE constitue, en effet, la méthode de choix pour réparer les pertes de substance nerveuse.

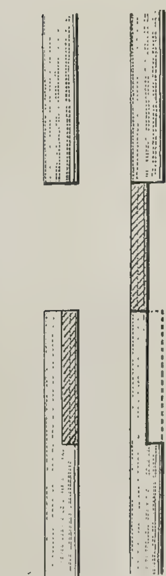


Fig. 1. — Greffe autoplastique par dédoublement du bout inférieur du nerf coupé.

Suivant que le greffon est emprunté au sujet lui-même, à un autre sujet de même espèce ou à un sujet d'espèce différente, on dit qu'il s'agit d'une *greffe autoplastique* ou *autogreffe*, d'une *greffe homéoplastique* ou *homéogreffe*, d'une *greffe hétéroplastique* ou *hétérogreffe*.

La *greffe autoplastique* peut être prélevée sur le nerf blessé ou sur un nerf voisin. Dans le premier cas, l'opération consiste à prélever, par dédoublement *du bout inférieur* du nerf blessé, un segment nerveux d'une longeur égale à la perte de substance à combler, puis à suturer ce tronçon nerveux aux deux bouts séparés du nerf. (Fig. 1). Dans le deuxième cas, elle consiste à prélever sur un nerf sensitif voisin, ou sur un nerf mixte (brachial cutané interne, nerf intercostal, saphènes...) un segment de nerf d'une longueur égale à la perte de substance nerveuse à réparer, puis à transplanter ce greffon dans la perte de substance. Craignant pour

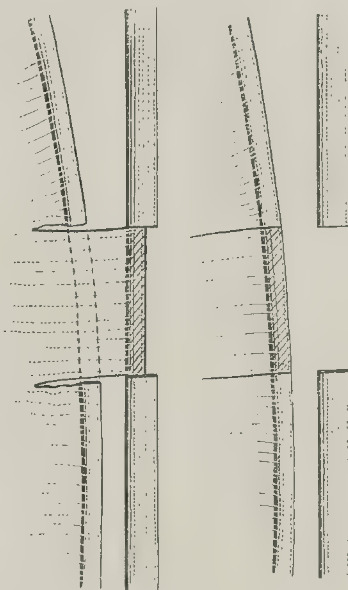


Fig. 2. — Greffe autoplastique de voisinage avec pédicule vasculaire.



Photo Nageotte.

Fig. 3. — Ce chien a subi une résection de ses deux sciatiques sur une hauteur de 27 m/m. A droite on a greffé le fragment réséqué à gauche (autogreffe vivante) : à gauche, on a fait une hétérogreffe morte. On voit que la patte gauche est revenue à l'état normal, tandis que la patte droite est racccourcie par suite de l'insuffisance musculaire.

la vitalité de ces greffons, *Sicard et Dambrin* ont imaginé de conserver au greffon, qu'il soit pris au nerf lui-même ou à un nerf voisin, un pédicule vasculaire ou même vasculo-musculaire. (Fig. 2).

La *greffe homéoplastique* peut être prélevée, immédiatement avant la suture nerveuse, sur un membre qu on vient d'amputer. C'est une *homéogreffe fraîche*. Elle peut être prélevée à l'avance sur des membres amputés ou sur des moignons régularisés, et conservée, suivant la méthode de *Carrel*, dans la vaseline blonde et au froid. C'est une *homéogreffe conservée*.

La *greffe hétéroplastique* est empruntée à un animal quelconque, immédiatement avant l'opération ; le nerf prélevé est transplanté d'emblée entre les deux bouts du nerf à réparer.

Quelle est la valeur respective des différents procédés de greffe nerveuse ?

Si on s'adresse aux observations cliniques publiées, on est bien embarrassé pour répondre. *Ingebrigsten*, qui a étudié, en 1916, les trente-deux cas publiés de greffes nerveuses chez l'homme, rejette la plupart de ces observations comme sans valeur au point de vue des résultats éloignés de l'opération. Les quelques observations qu'il retient sont trop peu nombreuses pour permettre de se faire une opinion. Depuis 1916, on a fait nombre de greffes autoplastiques (*Gosset*), homéoplastiques (*Dujarier*) et quelques greffes hétéroplastiques (*Le Jemtel, Sencert)*. Aucun résultat probant n'a encore été publié. Force nous est donc de recourir à l'expérimentation pour asseoir notre jugement.

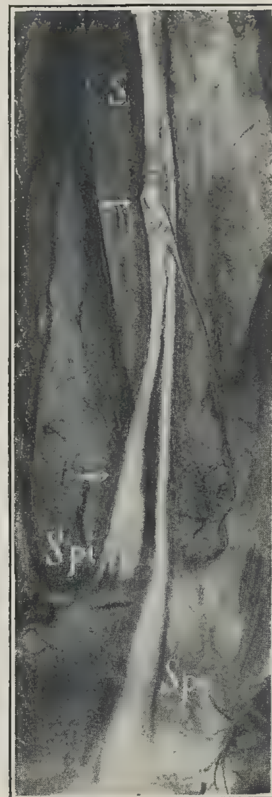
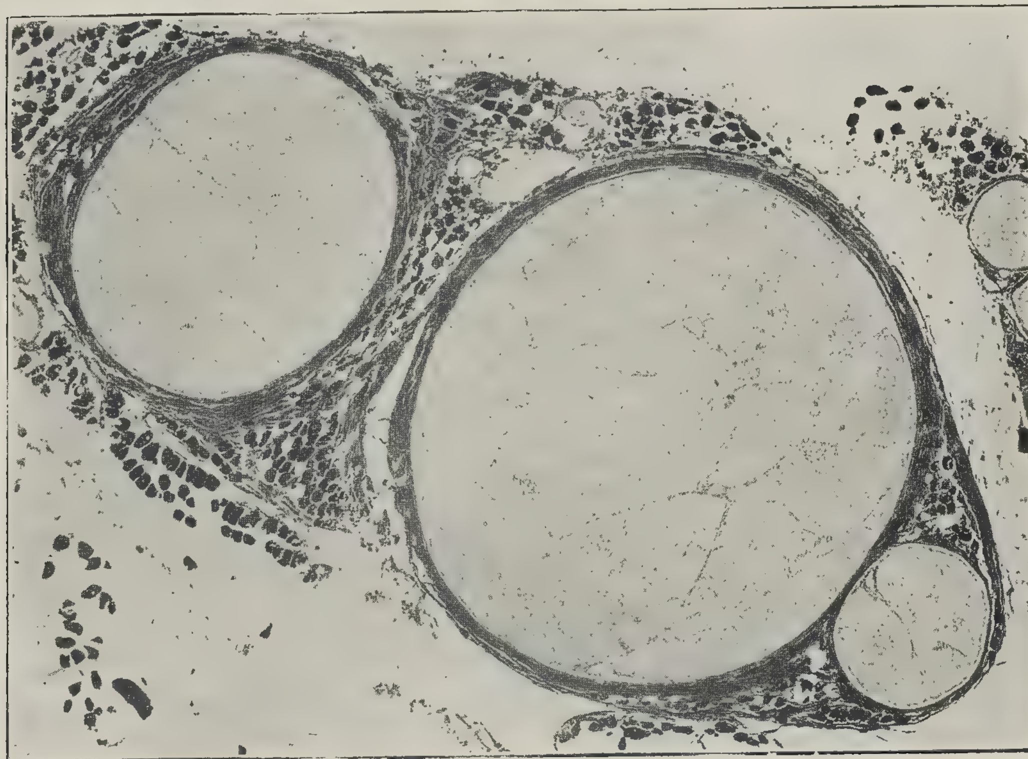


Photo Nageotte.

Fig. 4. — Greffe morte de nerf de veau sur le sciatique poplité interne d'un chien, au bout de trois mois. Les flèches indiquent les limites du greffon. S, tronc de sciatique ; Spe, sciatique poplité externe ; Spi, sciatique poplité interne.

L'expérimentation prouve que la pénétration des neurofibrilles dans le greffon et le bout inférieur se fait avec le plus d'intensité et de rapidité dans les autogreffes; moins complètement et moins vite dans les homéogreffes, parce que de nombreux mononucléaires envahissent les gaînes de Schwann du greffon; pas du tout dans les hétérogreffes, qui sont complètement infiltrées de mononucléaires. La conclusion c'est que l'autogreffe est incontestablement la meilleure. Mais si nous passons du domaine expérimental dans le domaine pratique, nous constatons que l'autogreffe est chirurgicalement très difficile à réaliser. Qu'il soit pris sur le nerf blessé ou sur un nerf voisin, le greffon est toujours trop grêle; il s'adapte mal; il nous impose une grande économie de matière dans les excisions nécessaires du nerf à réparer, et, quand il est placé, il ne nous donne presque jamais satisfaction. L'homéogreffe est plus facilement réalisable; mais nous venons de voir qu'elle est moins bonne, et sa conservation n'est pas facile à réaliser. Si bien qu'en définitive la seule greffe vraiment pratique en chirurgie serait l'hétérogreffe que l'expérimentation tend à nous faire rejeter.



Microphoto Nageotte.

Fig. 5. — Nerf sciatique de chien normal, coupe microscopique destinée à faire comprendre les deux figures suivantes.

Greffes nerveuses mortes. — Or voici qu'une longue série de recherches entreprises par

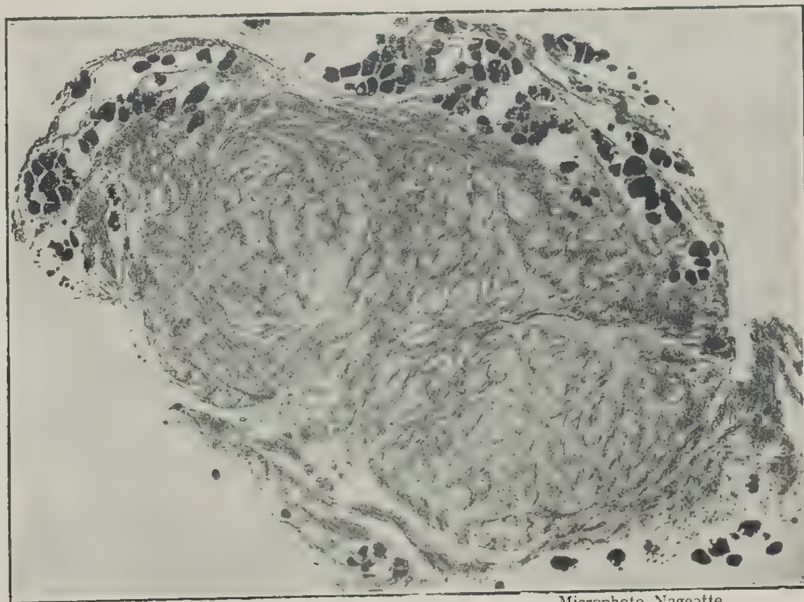
M. Nageotte vient heureusement de résoudre le problème.

Les travaux de cet auteur l'ont, récemment, amené à cette conception générale que *les substances conjonctives de l'organisme vivant sont des coagulums inertes formés au contact des éléments cellulaires et leur servant d'habitat.* Ceci admis, si on traite un fragment de tissu ou d'organe par l'alcool, on tue les éléments cellulaires, mais on n'agit pas sur l'appareil conjonctif; et si on greffe dans un autre organisme de même espèce ou d'espèce différente (car il n'y a pas de spécificité des substances conjonctives) ce greffon mort, ses substances conjonctives vont devenir adhérentes aux substances conjonctives dans lesquelles il est placé. De plus, les fibroblastes venus des parties vivantes voisines vont envahir la greffe, et la revivifier en s'établissant dans les espaces laissés vides par la disparition des anciens habitants. De nombreuses expériences ont vérifié ces faits. Dès lors, toutes les fois qu'en matière de greffe chirurgicale le résultat cherché est d'ordre purement mécanique, nous devons pouvoir employer les greffes mortes à la place des greffes vivantes. Or que cherchons-nous quand nous faisons une greffe nerveuse? Nous cherchons uniquement à placer sur le trajet des jeunes fibres nerveuses issues du névrome supérieur une substance solide qui leur soit perméable et qui, en même temps, ne permette pas au tissu fibreux de s'installer à leur place. La greffe d'un segment de nerf tué par l'alcool nous fournit précisément ce greffon idéal. Des expériences nombreuses le prouvent.



Microphoto Nageotte.

Fig. 6. — Coupe transversale de l'autogreffe vivante. Cette figure montre la puissante sclérose annulaire qui étrangle les fascicules nerveux.



Microphoto Nageotte.

Fig. 7. — Coupe transversale de l'hétérogreffe morte. La disposition normale du nerf est bouleversée, mais il n'y a pas de sclérose, et toute la surface de la coupe est remplie de tubes nerveux.

Sur un chien, on met à nu le sciatique droit, on en isole un morceau de deux centimètres par deux sections transversales et on rétablit immédiatement la continuité du nerf par une double suture névrilemmatique. On a fait ainsi une autogreffe idéale. Sur le sciatique gauche, on fait une double section identique, mais on enlève le morceau de nerf isolé et on le remplace par un morceau de nerf de veau tué dans l'alcool. On a fait ainsi une hétéro-greffe morte. Or les troubles paralytiques, sensitifs et trophiques sont plus marqués et durent plus longtemps du côté de l'auto greffe que du côté de la greffe morte. (Fig. 3). Si, plusieurs mois après, on sacrifie le chien, on constate que le poids des muscles est plus élevé du côté de la greffe morte que du côté de l'autogreffe et que la greffe morte ne se reconnaît pour ainsi dire plus, tant elle fait partie du nerf régénéré. (Fig. 4). Enfin l'examen histologique des deux greffes montre que la greffe morte est meilleure que la greffe vivante. Tandis qu'il y a dans la seconde beaucoup de tissu fibreux, trace de la réaction phagocytaire primitive il n'y en a pas dans la première, d'où toute réaction phagocytaire fut absente. (Fig. 5, 6 et 7). Répétée un grand nombre de fois, cette expérience a donné des résultats constants.

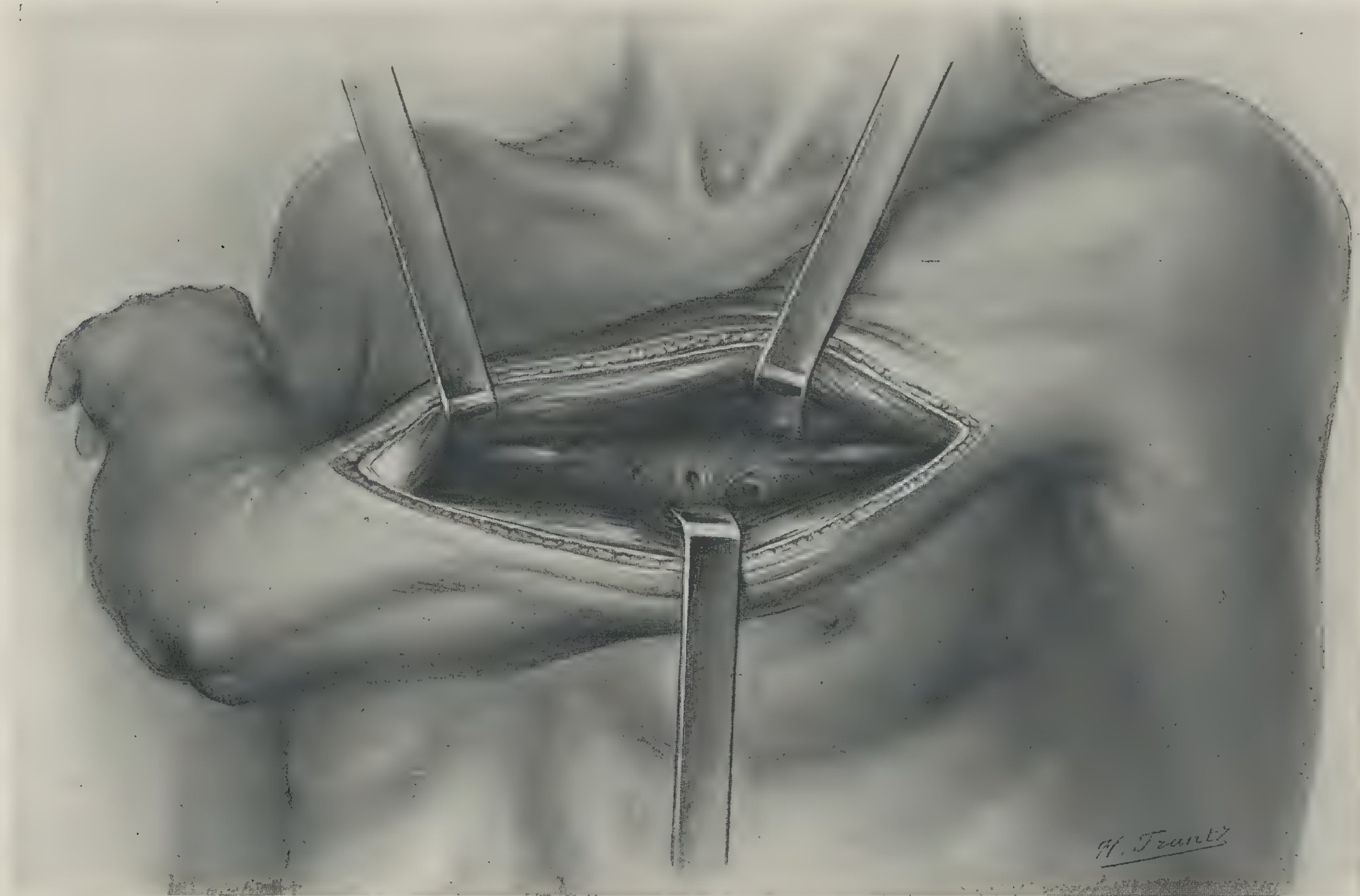


Fig. 8. — Vaste perte de substance du nerf radial produite par un éclat d'obus.

De ce qui précède, il résulte que la *greffe hétéroplastique morte donne expérimentalement des résultats parfaits dans la reconstitution des nerfs réséqués même très largement.*

Ces résultats sont-ils valables chez l'homme ? J'ai pratiqué dix greffes nerveuses mortes chez l'homme. J'ai ainsi comblé des pertes de substance de 12 cm du radial, de 13 cm. du cubital, de 7 cm. du médian, etc. Il n'y a eu, après ces opérations, aucun phénomène inflammatoire ou nécrobiotique du côté de la plaie. Je puis donc affirmer que ces greffes mortes sont absolument sans danger et peuvent être essayées. L'avenir nous fixera bientôt sur leurs résultats fonctionnels.

Voici quelle est la manière de pratiquer ces greffes :

Les greffons choisis sont des morceaux de nerfs sciatiques de veaux morts-nés de 60 cm. de longueur. Ces morceaux de nerfs ont été prélevés aseptiquement, tués dans l'alcool et conservés dans de petits tubes à demi-remplis d'alcool à 50° et fermés à la lampe. Au début de l'opération, on casse le tube et on met le greffon dans de l'eau stérilisée pour le débarrasser de l'alcool qui l'imbibe.

Le nerf blessé a été préparé à recevoir le greffon. S'il s'agit d'une plaie fraîche, cette préparation consiste simplement en un avivement très superficiel. S'il s'agit d'une plaie ancienne, l'avivement des deux bouts comporte des résections qui ne seront jamais trop étendues, surtout sur le bout supérieur.

Cette préparation du nerf se fait d'une façon différente, suivant qu'il s'agit d'une lésion totale ou d'une lésion partielle.

S'il s'agit d'une lésion totale, avec ou sans continuité fibreuse, la préparation en est facile si on a, comme c'est la règle, abordé le nerf en des parties saines, au-dessus et au-dessous de la lésion.

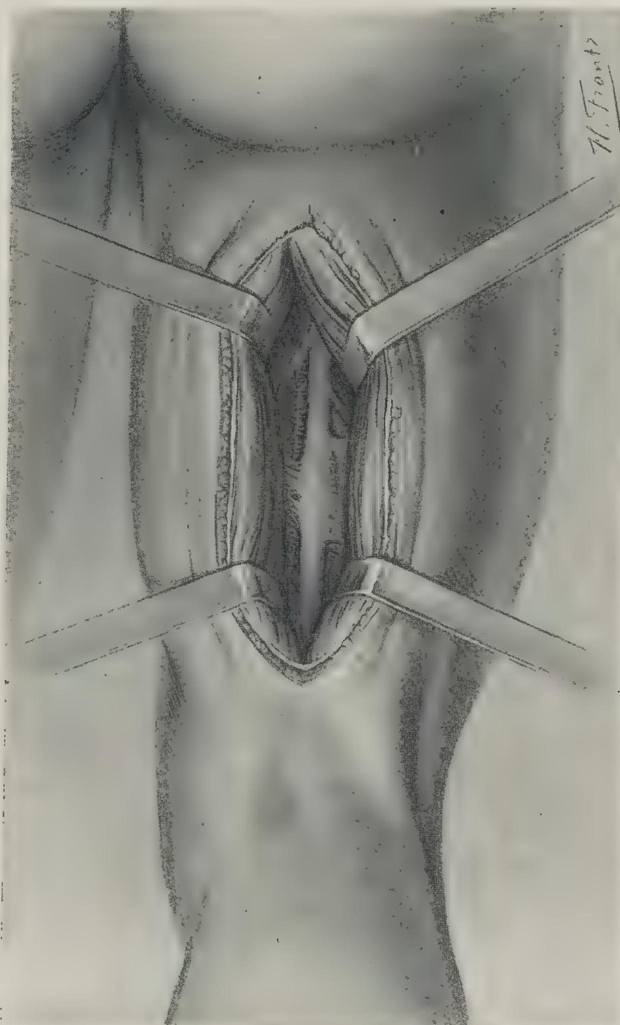


Fig. 9. — Section incomplète du sciatique par éclais d'obus.

Elle consiste à sectionner le bout supérieur et le bout inférieur respectivement au-dessus du névrome et au-dessous du gliome. Un examen loupique de la tranche supérieure du segment réséqué pratiqué par le neurologiste, qui doit être présent, renseigne approximativement le chirurgien sur la valeur du bout supérieur du nerf. Cet examen peut entraîner, le cas échéant, une ou plusieurs recoupes, destinées à faire passer le bistouri en nerf sain. (Fig. 8).

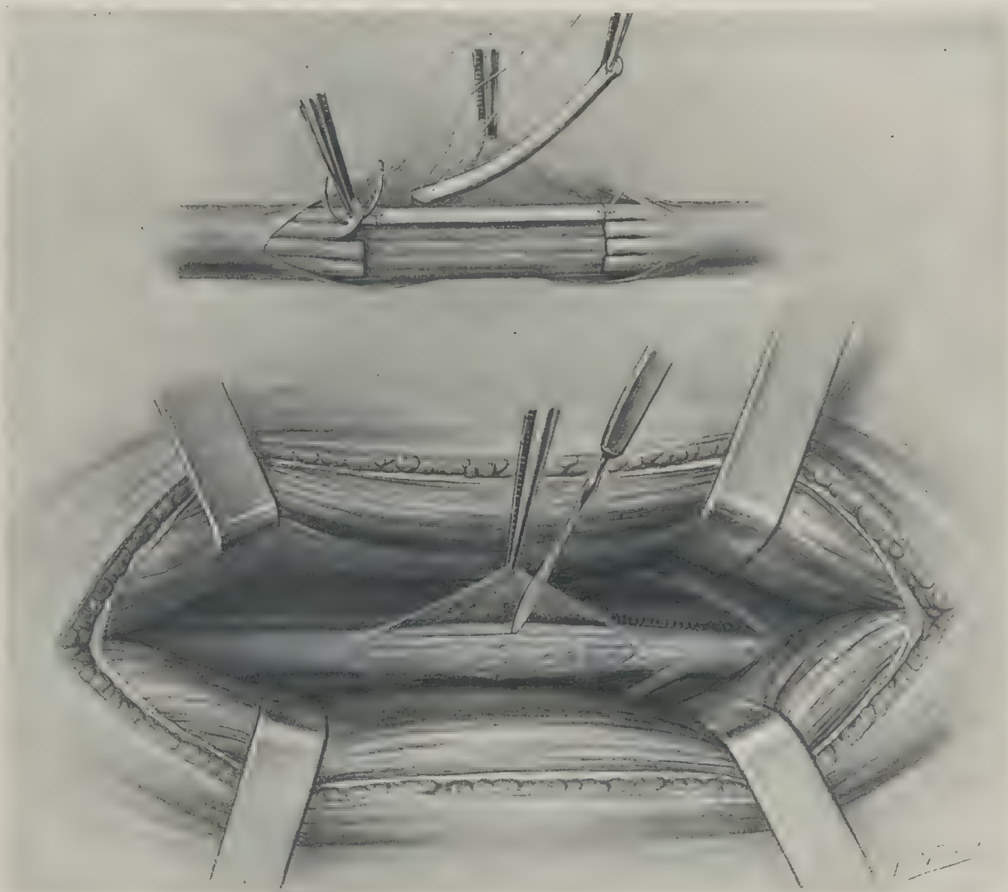


Fig. 10. — Dissection des fascicules nerveux coupés.

S'il s'agit d'une lésion partielle, la préparation du nerf est beaucoup plus délicate et plus compliquée. Le nerf découvert et séparé des parties voisines avec lesquelles la cicatrisation semblait l'avoir busionné, on constate qu'il est renflé, sufiforme, dur au toucher. (Fig. 9). On doit alors inciser le névrilemme au-dessus et au-dessous de la partie renflée, au niveau du nerf sain. Le névrilemme écarté, on voit les fascicules nerveux, séparables les uns des autres au-dessus de la lésion, se fusionner, à son niveau, en une masse fibreuse cicatricielle dure. A l'aide d'un bistouri très fin et de petites pinces extrêmement délicates (fig. 10), on dissèque un à un les fascicules nerveux à travers le tissu fibreux, si bien qu'on a, à la fin : d'une part, la portion du nerf qui a été épargnée et qui est intacte ; d'autre part, cinq ou six fascicules nerveux isolés, qui ont été coupés ou écrasés par la blessure et qui sont remplacés, sur un, deux, ou trois centimètres de leur longueur par un tractus fibreux cicatriciel, obstacle définitif à la neurotisation de leur bout inférieur. On se comporte, à l'égard de chacun de ces fascicules, comme on se comporte à l'égard d'un nerf qui a été coupé et dont

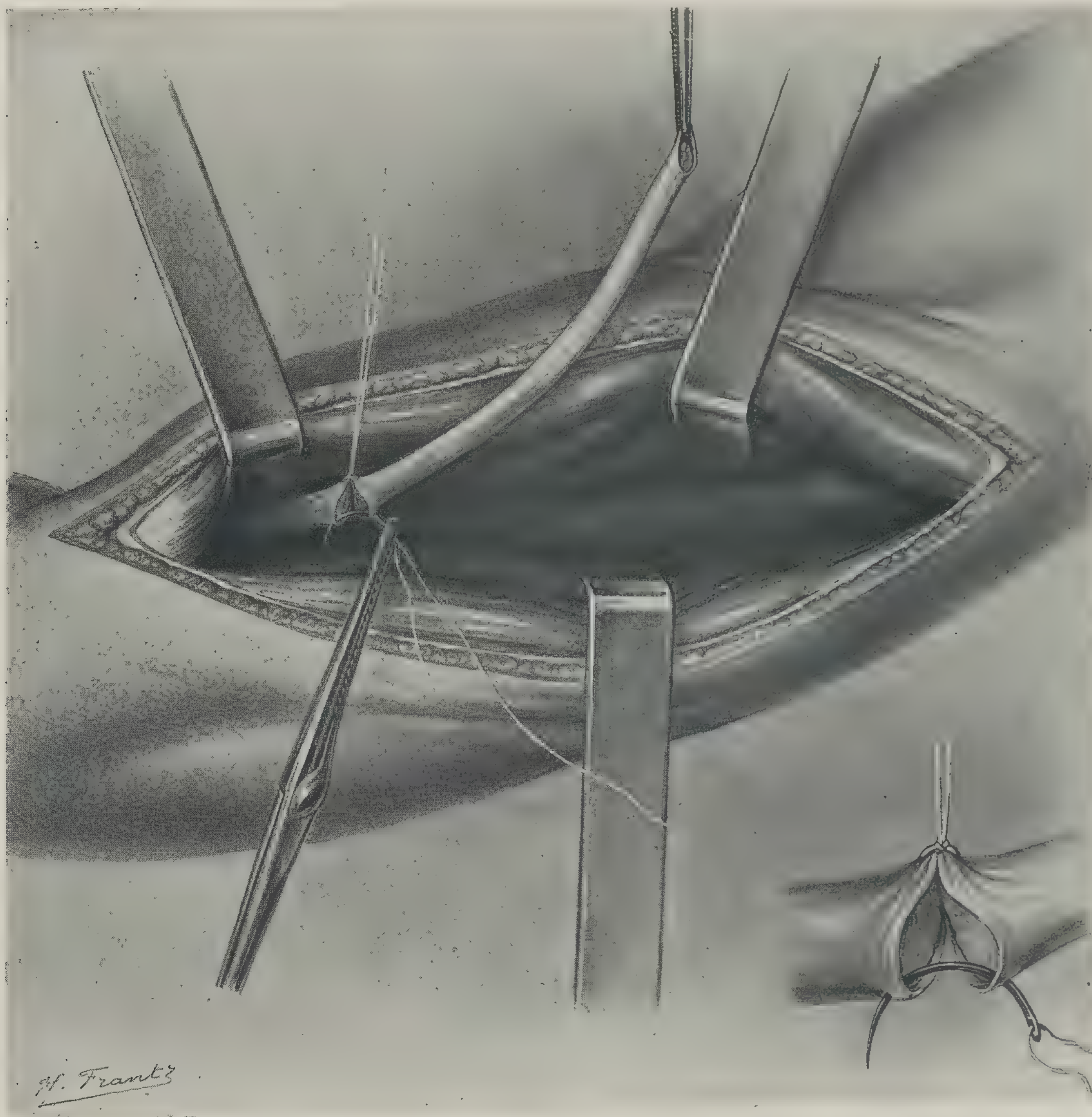


Fig. 11.— Après un avivement convenable des deux extrémités du nerf, mise en place d'un greffon mort de nerf sciatique de veau de 12 cm. de longueur. Opération exécutée au Val-de-Grâce, le 4 mars 1918 (L. Sencert).

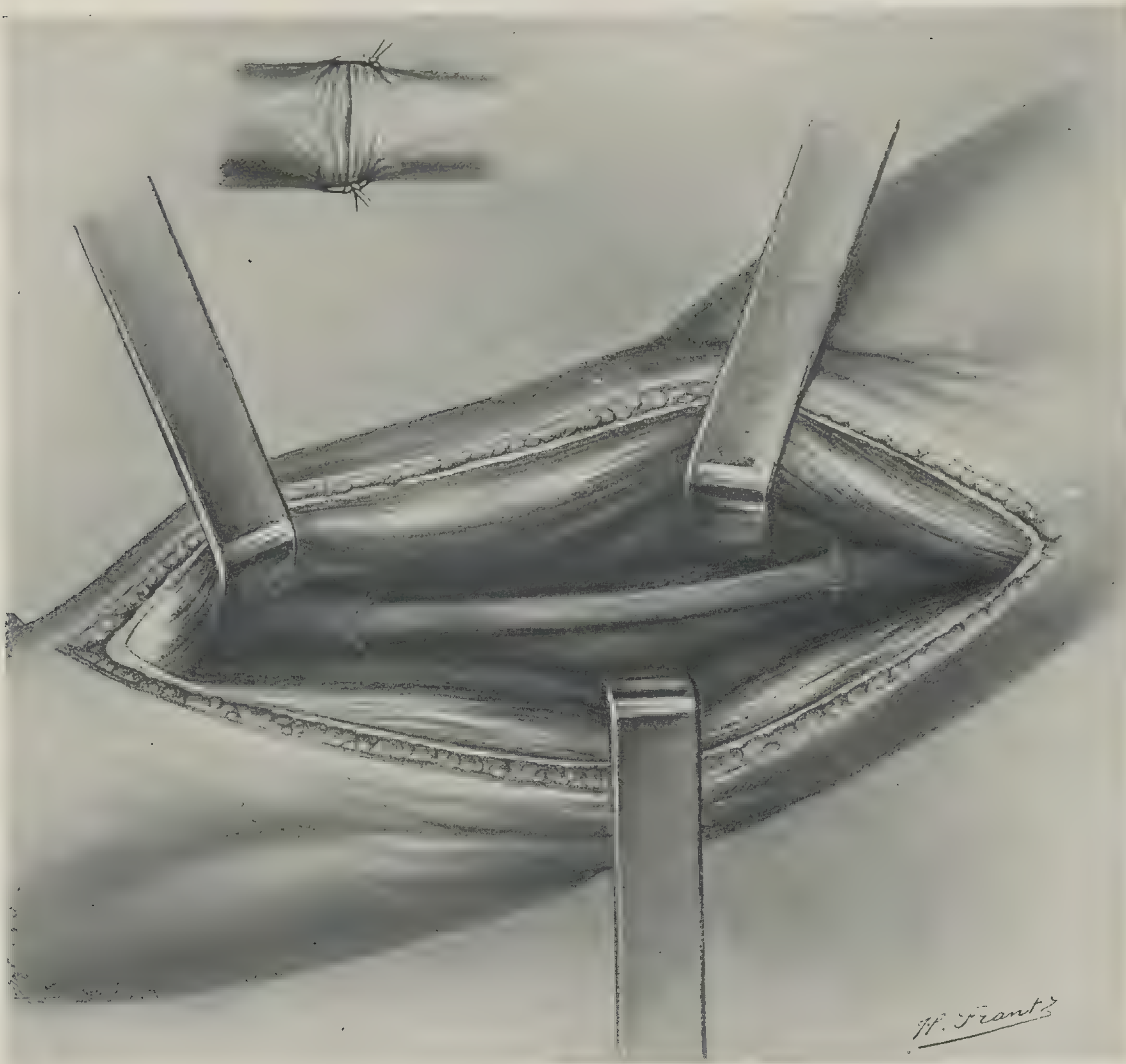


Fig. 12. — Hétérogreffe morte sur l'homme. Remplacement de 12 cm. de radial par 12 cm. de nerf sciatique de veau tué dans l'alcool. L'opération est terminée; le greffon est suturé et tout le tissu fibreux voisin est réséqué.

les deux bouts sont unis par un tractus fibreux, c'est-à-dire, qu'on rèsèque complètement le tissu fibreux en coupant chaque fascicule en nerf sain, au-dessus et au-dessous de la lésion.

Le nerf préparé, on choisit un ou plusieurs greffons de nerf mort d'une longueur convenable et d'un volume *un peu inférieur* à celui du nerf à réparer. Le greffon doit être d'autant plus petit que la régénération du bout supérieur paraît devoir être moins vigoureuse.

S'il s'agit d'un nerf qui a été complètement sectionné, on place le greffon entre les deux bouts du nerf et on le fixe, à chacun d'eux, par deux points de suture. C'est une *greffe totale*. (Fig. 11 et 12).

S'il s'agit d'un nerf qui n'a été que partiellement sectionné, on prend autant de greffons qu'il y a de fascicules préparés et on fixe ces greffons aux deux bouts de chaque fascicule avisé par deux points de suture. C'est une *greffe fasciculaire* (fig. 13). Le matériel de suture comprend des aiguilles très fines (aiguilles à suture artérielle) et de la soie 000 bien vaselinée. La suture ne doit comprendre que le périnèvre et la gaine lamelleuse. Il ne faut pas doubler la greffe nerveuse d'un engainement quelconque; suivant qu'il est plus ou moins imperméable, tout engainement est, en effet, plus ou moins nuisible aux cicatrices nerveuses.

La meilleure façon d'isoler le nerf greffé, c'est de le placer en tissus sains en réséquant tout le tissu cicatriciel et fibreux qu'on trouve autour de lui. Si cette pratique est impossible, on peut tenter d'isoler la greffe en plaçant autour d'elle une lame de tissu cellulo-adipeux, prélevée dans la fesse par exemple. C'est là le mode d'engainement le moins nuisible à la réparation du nerf greffé.

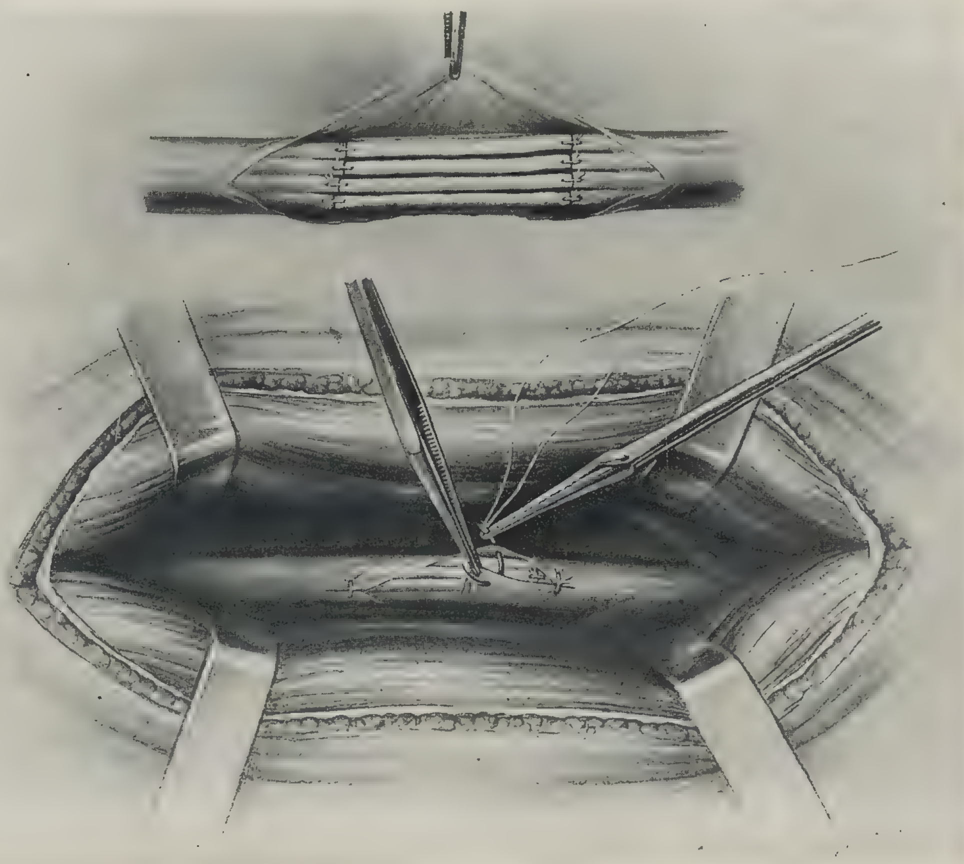


Fig. 13. — Greffe fasciculaire à l'aide de sciatique de veau.

Cette technique opératoire est, on le voit, fort simple. Grâce à elle, la greffe nerveuse devient une opération d'une grande facilité, toujours réalisable, pratiquement très supérieure à tous les autres procédés employés jusqu'ici. Ce qu'elle a donné en chirurgie expérimentale nous permet, en chirurgie humaine, les plus beaux espoirs.

L. SENCERT,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

LA GREFFE OSSEUSE

La greffe osseuse a, d'une façon générale, pour but, soit *de combler une perte de substance du squelette*, soit *de souder deux segments mobiles du squelette* à l'aide d'un autre segment osseux prélevé ou bien sur *l'individu lui-même* ou bien sur *un autre individu de même espèce* ou *d'espèce différente*.

Avant la guerre actuelle, la greffe osseuse pouvait presque être considérée comme une « virtuosité » chirurgicale. A peine étudiée expérimentalement, ce n'est qu'à tâtons qu'elle s'introduisait peu à peu dans le domaine clinique et rares étaient les chirurgiens qui osaient y recourir dans certains cas exceptionnels de leur pratique.

Mais, depuis quatre ans, les occasions se sont présentées, trop nombreuses hélas ! d'étudier l'application de la greffe osseuse à la réparation des pertes de substance du squelette, et c'est par centaines aujourd'hui que l'on compte les opérations de ce genre faites sur les membres, le crâne, la mâchoire.

* * *

Une greffe osseuse est une opération délicate qui exige beaucoup de minutie et d'habileté dans son exécution.

Le premier temps de cette opération, temps capital, consiste à *préparer le terrain* de la greffe. Généralement les pertes de substance osseuse qu'il s'agit de combler et qui résultent de plaies de guerre ont été le siège d'une suppuration prolongée et, longtemps encore après la cicatrisation, les tissus restent infectés. Or, cet état d'infection latente compromettrait presque à coup sûr la vitalité du greffon. Il convient donc d'attendre plusieurs mois après la cicatrisation avant de procéder à la greffe pour être sûr que l'infection est bien éteinte et ne risque pas de se réveiller sous l'action du nouveau traumatisme opératoire. Certains chirurgiens (Arbuthnot Lane, Sencert) conseillent du reste d'employer ce laps de temps à stériliser la région de la cicatrice, au moyen des rayons ultra-violets par exemple.



Fig. 1 — Pseudarthrose des deux os de l'avant-bras consécutive à une blessure par éclat d'obus. (SENCERT).

Une deuxième condition pour la réussite d'une greffe osseuse (au moins d'après un certain nombre de chirurgiens), c'est que le greffon soit mis en contact avec des tissus vivants. Le lit de ce greffon devra donc être préparé par la suppression de tout le tissu cicatriciel occupant la perte de substance osseuse et par l'avivement, voire par la résection plus ou moins étendue des bords ou des extrémités des os qui délimitent cette perte de substance. Une telle opération ne va pas sans occasionner une hémorragie souvent assez abondante, surtout si l'on a dû procéder également, comme il est souvent bon de le faire, au curage du canal médullaire de certains os longs. Or il est de toute nécessité de tarir cette hémorragie d'une façon parfaite, avant de mettre le greffon en place, car tout suintement sanguin constitue une source d'infection, par consé-



Fig. 2 — Le même blessé que fig. 1, après traitement de la pseudarthrose du cubitus par implantation d'un segment de tibia. (SENCERT).

quence d'élimination du greffon, presque certaine. L'hémostase doit être d'autant plus parfaite qu'il ne faut pas drainer au niveau des greffes pour ne pas risquer de déplacer le greffon.

Où faut-il prendre le greffon ?

Certains chirurgiens — persuadés que le greffon osseux, introduit dans une brèche osseuse, ne jouait qu'un rôle d'agent irritatif et ne servait que d'amorce, de conducteur, ou mieux, de tuteur, à l'os de nouvelle formation né de la prolifération des bords ou des extrémités osseuses bordant la brèche, qu'en somme ce greffon n'avait qu'un rôle purement « ostéotropique » — ont pensé que, dans ces conditions, il suffirait de prélever le greffon sur un os, frais ou conservé à la glacière, provenant d'un animal quelconque *(hétérogreffes)*, ou d'un autre individu de l'espèce humaine *(homogreffes)*. Mais l'expérience n'a pas confirmé ces vues : presque toutes les tentatives d'hétérogreffes et d'homogreffes ont échoué, le greffon s'étant, au bout d'un temps plus ou moins long, résorbé ou éliminé sans avoir amené le plus souvent l'obturation désirée de la brèche osseuse (1).

Beaucoup d'autres chirurgiens sont convaincus, au contraire, que de l'os vivant, immédiatement transplanté, est susceptible de continuer à vivre et de se souder intimement et solidement aux bords ou aux extrémités de la brèche osseuse dans laquelle il se trouve interposé, à condition que le greffon soit prélevé sur le sujet lui-même *(autogreffe)*. Dans ce cas le greffon est emprunté soit à un autre os du squelette, soit à l'os même qui est le siège de la perte de substance et au voisinage de cette perte de substance.

Les procédés d'autogreffe sont très variés; avec Mauclaire, on peut les distinguer en : 1° *greffes osseuses segmentaires totales;* 2° *greffes osseuses segmentaires partielles;* 3° *greffes ostéo-périostiques* (2).

Dans la greffe segmentaire totale, le greffon est formé d'un segment d'os comprenant toute l'épaisseur de cet os (péroné, côte).

Dans la greffe segmentaire partielle, le greffon ne comprend qu'une partie de l'épaisseur d'un os (tibia, os iliaque, omoplate, crâne).

A côté de ces *greffes osseuses proprement dites,* les chirurgiens font une place de plus en plus grande aux *greffes*

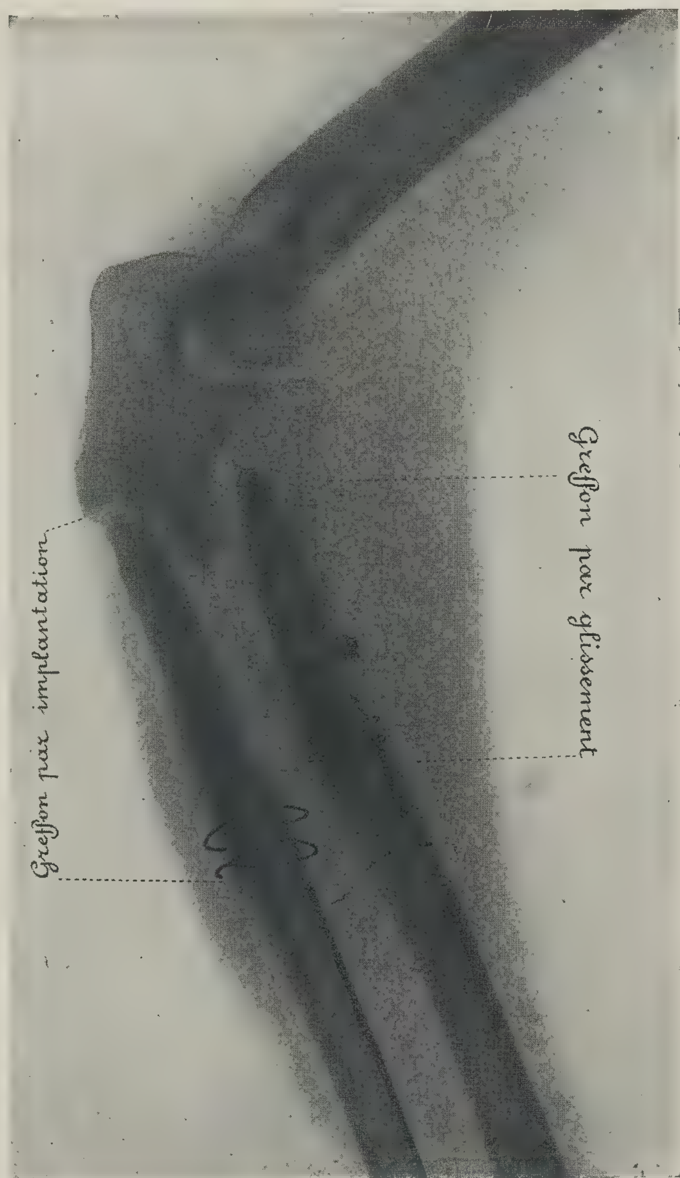


Fig. 3 — Le même blessé que fig. 1 et 2, après traitement de la pseudarthrose du radius par glissement d'un greffon emprunté au bout supérieur de cet os. (SENCERT).

(1) Le professeur O. Laurent (de Bruxelles) a cherché à remettre en honneur l'homogreffe en utilisant des greffons plus vivants, qui restaient unis par un pédicule nourricier au « donneur » pendant tout le temps nécessaire à leur reprise chez le « récepteur ». Il a donné à ce procédé le nom de « greffe siamoise ». C'est un procédé intéressant, mais qui semble peu pratique et qui n'a d'ailleurs pas reçu la consécration d'une expérience suffisamment longue.

Je crois, d'autre part, devoir mentionner ici, bien qu'il ne s'agisse pas d'homogreffe à proprement parler, mais d'une simple prothèse, le procédé de « cranioplastie par plaque osseuse cranienne stérilisée » de Sicard et Dambrin. Ce procédé consiste à combler les brèches osseuses craniennes par une plaque d'os prélevée sur un crâne humain d'autopsie et dans une région homologue et préalablement dégraissée et stérilisée. Sur 85 sujets opérés par eux, depuis deux ans, par ce procédé, ils auraient presque toujours constaté une tolérance parfaite de la plaque avec des résultats esthétiques et de protection des plus remarquables. Toutefois, ils signalent quelques fistules locales longues à se cicatriser et même la nécessité où ils se sont trouvés, dans trois ou quatre cas, de pratiquer l'extraction de la plaque.

(2) Les greffes de la *totalité d'un os* n'ont été pratiquées qu'exceptionnellement et pour les os de petites dimensions (phalange); elles ont généralement échoué.

ostéo-périostiques, qui sont, en quelque sorte, des greffes segmentaires partielles dans lesquelles la couche osseuse est réduite à quelques millimètres d'épaisseur.

Cela dit — et laissant momentanément de côté la greffe ostéo-périostique dont nous nous occuperons plus loin — voyons *comment s'exécute une greffe osseuse.*

L'opération comprend deux temps :

1° prélèvement du greffon ; 2° adaptation et fixation du greffon à la perte de substance qu'il s'agit de combler — et qui a été préparée comme il a été dit plus haut.

Pour prélever le greffon, qu'il s'agisse d'une greffe segmentaire totale ou d'une greffe segmentaire partielle, on détache le segment soit à l'aide de la scie électrique, soit au ciseau et au maillet. Mais, dans les deux cas, il faut conserver au greffon son périoste. D'autre part, l'opération doit être faite sous le couvert d'une asepsie absolue, avec des mains gantées de caoutchouc, le greffon ne devant même être manié qu' « à bout de pinces ».

Les greffons segmentaires totaux, avons-nous dit, se prélèvent à peu près exclusivement sur le péroné, os dont la continuité n'est pas indispensable à la statique du corps. L'emploi d'un segment de côte est moins indiqué à cause de la forme aplatie et de la faible épaisseur de cet os. On a utilisé parfois un segment du radius pour l'intercaler dans une perte de substance voisine du cubitus, ou inversement. En pareil cas, on s'arrange généralement pour laisser le greffon adhérent à la membrane interosseuse ou à un muscle, de façon à lui assurer une vitalité plus grande et une reprise plus certaine. On agit de même pour le péroné quand on le destine à combler une perte de substance voisine du tibia.



Fig. 4 — Le même blessé que fig. 1, 2 et 3, photographié avec son bras complètement consolidé et guéri. (SENCERT).

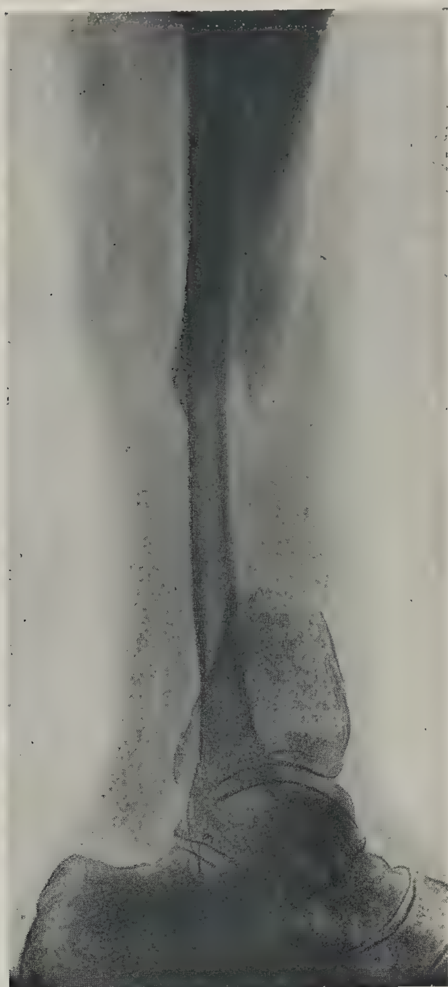
Ce procédé des *greffes pédiculées* doit également être appliqué, de préférence, dans les greffes segmentaires partielles, toutes les fois que la chose est réalisable, c'est-à-dire toutes les fois que le greffon peut être prélevé sur un os très voisin de la perte de substance à combler, voire sur l'os même qui est le siège de cette perte de substance. C'est ainsi qu'on a pris le bord externe de l'omoplate pour réparer une perte de substance du tiers supérieur de l'humérus en laissant le greffon adhérent par un pédicule musculo-périosté (Codivilla). C'est aussi sur le même principe que sont fondées la cranioplastie par glissement de lambeaux ostéo-cutanés ou ostéo-périostiques de Cazin et la cranioplastie par rabattement d'un volet ostéo-périostique de Mayet.

Mais, plus généralement, on est obligé de recourir à un greffon osseux complètement libéré de ses attaches pour pouvoir être transporté à distance. L'os qui se prête le mieux à ces prélèvements, en raison de sa situation, de sa forme et de sa consistance, c'est le tibia et surtout sa face interne. On peut, à l'aide de la scie à main, de la scie électrique, ou même du ciseau et du maillet, détacher de cet os des greffons, de la longueur et de l'épaisseur voulue, sans nuire à sa solidité.

Comment appliquer et fixer le greffon dans la brèche à réparer ?

L'application du greffon peut se faire de trois façons différentes, qui comportent, d'ailleurs, de nombreuses variations dans leur technique. On peut faire, suivant les cas, ou une *greffe centrale* (que je préférerais appeler greffe « axiale »), ou une *greffe latérale* (dite encore greffe « en attelle »), ou une *greffe en plaque*, les deux premières greffes s'appliquant généralement à la réparation des pertes de substance des os longs, la troisième à la réparation des os plats (crâne).

Dans la *greffe centrale*, le greffon, taillé à la mesure voulue, est purement et simplement introduit entre les deux extrémités des fragments osseux à souder, en prenant soin, toutes les fois que la chose est possible, c'est-à-dire quand les diamètres du greffon et des fragments sont sensiblement égaux, de faire concorder les tissus de même nature : périoste avec périoste, tissu osseux compact avec tissu compact, moelle avec moelle. Puis le greffon est fixé aux fragments voisins, soit au moyen d'un corps résorbable (catgut, tendon de renne ou de kangourou, petite cheville osseuse), soit au moyen de crins de Florence, ou de fils métalliques (argent, bronze), ou d'agrafes métalliques, ou encore de plaques métalliques vissées. Certains chirurgiens abandonnent ensuite définitivement ces corps étrangers métalliques dans les tissus ; d'autres, au contraire, les enlèvent, une fois la consolidation obtenue, par crainte de les voir s'éliminer un jour ou l'autre en compromettant l'avenir du greffon. Après que celui-ci a été fixé par l'un des


Fig. 5 A. — Perte de substance étendue du tiers inférieur du tibia. (CHUTRO).

moyens ci-dessus, on ramène et on suture autour de lui, sans établir de drainage, tous les tissus mous avoisinants — muscles, aponévrose, graisse, peau — de façon à assurer au maximum son isolement, sa protection, sa nutrition.

Une variété de greffe centrale, dite *intramédullaire*, assez fréquemment utilisée, consiste à introduire le greffon central — qu'il soit d'ailleurs segmentaire total ou segmentaire partiel — par ses deux extrémités, dans le canal médullaire des deux fragments qu'il s'agit de souder.

Pour la *greffe latérale* ou *en attelle*, on n'emploie ordinairement que des greffons segmentaires partiels, prélevés soit sur l'un des fragments de l'os à souder, soit, plus souvent, sur un autre os du squelette (côte, crête iliaque, épine de l'omoplate, tibia surtout) : le greffon est fixé — presque toujours vissé — comme une attelle, le long d'une des faces latérales des fragments à souder. Albee a utilisé, pour la greffe latérale, une instrumentation électrique très ingénieuse. Grâce à une scie électrique double, il taille, suivant la longueur de l'os, un double trait parallèle qui, pénétrant jusqu'au canal médullaire, détache une baguette osseuse ; on fait glisser cette plaquette de façon à ce qu'elle vienne former pont rigide entre les deux extrémités osseuses. Dans cette greffe également, la plupart des chirurgiens estiment qu'il est préférable, pour assurer la reprise du greffon, de l'adapter aux extrémités des fragments à réunir de telle façon que périoste, tissu compact et tissu médullaire du greffon soient bien en contact avec du tissu de même nature des fragments. Aussi, quand le greffon est prélevé sur l'un des fragments lui-même, est-il recommandé de tailler dans l'autre fragment une gouttière, un lit adéquat pour recevoir le greffon qu'on y introduit *par glissement*, de telle façon que la concordance des tissus de même nature soit assurée.

Certains chirurgiens (Chutro) prétendent que c'est là une précaution superflue et qu'on peut réaliser une reprise aussi certaine du greffon en l'enchâssant simplement entre le périoste et l'os de chacun des fragments à souder : l'opération a l'avantage d'être beaucoup plus simple et d'entraîner moins de dégâts : c'est à la manière de faire de Chutro que vont nos préférences.

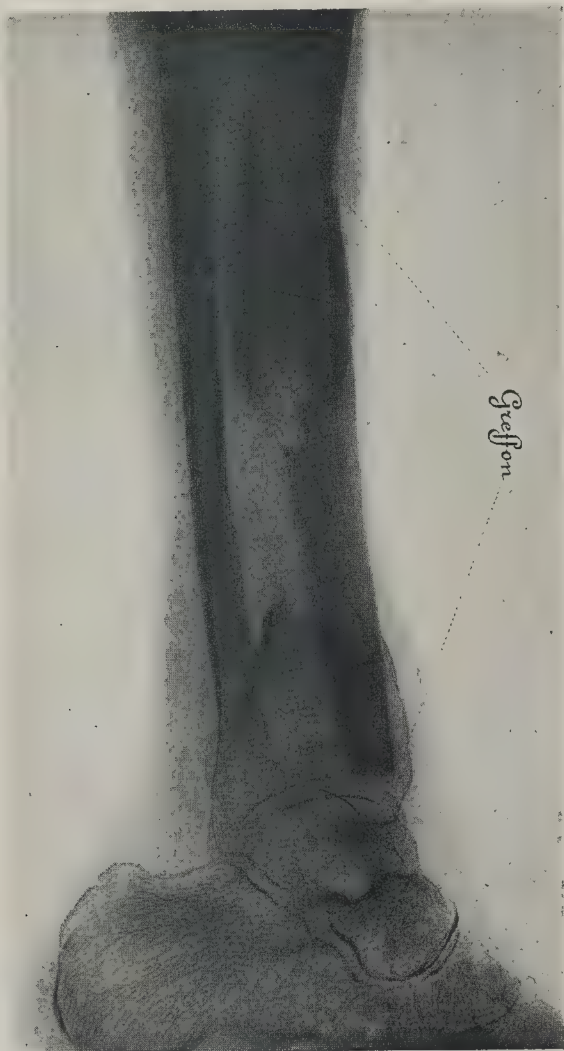


Fig. 5 B. — La même, réparée à l'aide d'une greffe osseuse par glissement. (CHUTRO).

La *greffe en plaque* n'est guère utilisée que pour la réparation des pertes de substance du crâne. On a bien aussi employé, pour cette réparation, des greffons osseux prélevés à distance sur un autre os plat, tel que l'omoplate, ou même sur le tibia ; on a employé également des greffes ostéo-périostiques (Delagenière) ; mais on a recours, de préférence, à des *greffons pédiculés*, soit ostéo-périostés, soit ostéo-périosté-cutanés, prélevés sur le crâne lui-même, au voisinage de la brèche et qu'on ramène sur cette brèche, soit par glissement (Cazin), soit par rabattement (Mayet). Dans les deux cas, le greffon est obtenu par dédoublement de la paroi osseuse du crâne et comprend la « table » externe de cette paroi, doublée toujours de son périoste. Dans le procédé de greffe par rabattement, ce périoste est tourné vers la cavité cranienne et mis en contact avec les méninges cérébrales, tandis que la face cruentée osseuse du greffon est mise en contact avec la face profonde, également cruentée, des téguments : double avantage et au point de vue de la reprise plus certaine et plus rapide du greffon, et au point de vue de l'absence de toutes adhérences entre les méninges et le périoste du greffon.

Il me reste à parler des *greffes ostéo-périostiques*, conçues déjà par Ollier, essayées par quelques chirurgiens japonais à la suite de la guerre russo-japonaise et remise en honneur, dans ces derniers temps, par Delagenière (du Mans), puis par Dujarier, qui en ont perfectionné la technique et élargi les indications.

La greffe ostéo-périostique se propose d'utiliser à la fois le

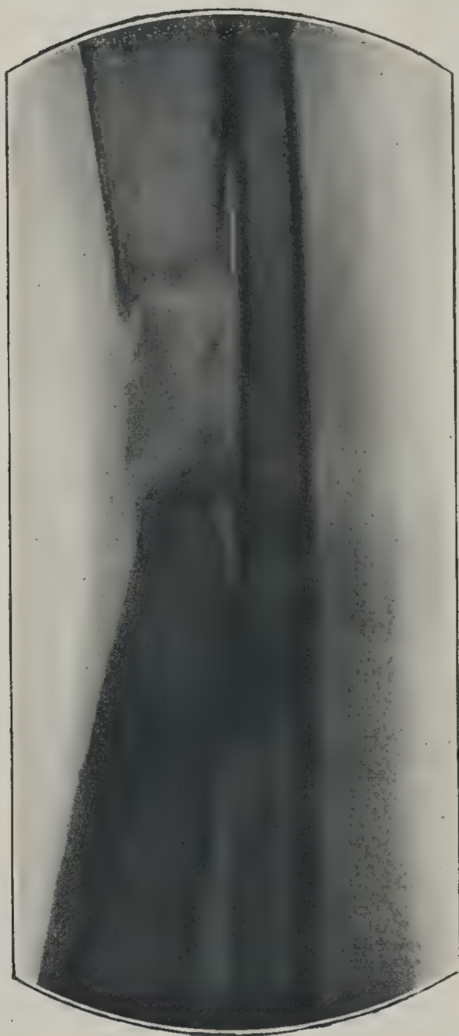


Fig. 6 A. — Pseudarthrose du tibia, suite de fracture par coup de feu. Radiographie avant la greffe. (DUJARIER).

pouvoir ostéogénétique de l'os et celui du périoste, tout en employant des greffons assez minces, partant assez souples pour se prêter à des applications dont ne sont pas susceptibles les greffons osseux segmentaires totaux, voire même partiels, trop massifs.

D'une façon générale, les greffons ostéo-périostiques s'obtiennent par prélèvement sur le tibia, à l'aide du ciseau et du maillet, de copeaux de périoste plus ou moins doublés de substance osseuse, suivant le but qu'on se propose d'atteindre, mais dont l'épaisseur ne doit pas dépasser celle d'une pièce de 50 centimes : c'est chose assez délicate à réaliser en pratique. Quant à l'étendue du greffon, elle est variable et peut atteindre jusqu'à 25 centimètres.

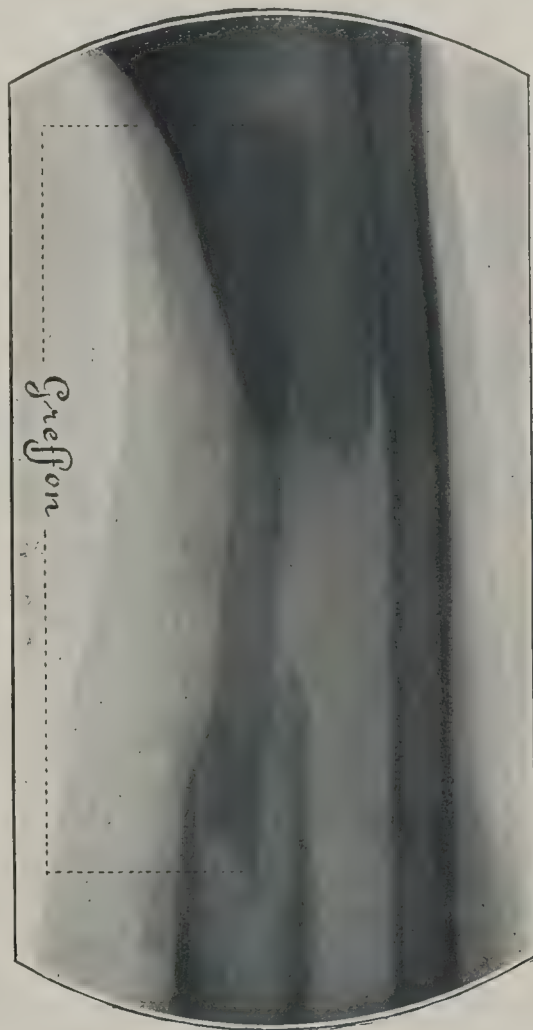


Fig. 6 B. — La même, traitée par une greffe d'Albee. Consolidation en deux mois. (DUJARIER).

Je ne puis entrer ici dans toutes les variétés et toutes les minuties de technique que nécessite la mise en place d'un greffon ostéo-périostique (greffe en attelles, en virole, en lames de parquet). Je dirai seulement que le greffon doit toujours être disposé face sécrétante sur l'os, même quand il s'agit d'obturer une brèche cranienne (l'exubérance des greffes, d'après Delagenière, étant peu à redouter à ce niveau et par conséquent la compression du cerveau et l'irritation des méninges peu à craindre). Les greffons mis en place sont, de préférence, fixés avec des fils résorbables (catgut), puis recouverts le plus possible par les parties molles. Pas de drainage.

En somme, on voit qu'à part la constitution du greffon, la technique des greffes ostéo-périostiques ne diffère pas sensiblement de celle des greffes osseuses proprement dites.

Les *soins post-opératoires* sont également les mêmes. Immobilisation de la région où a porté la greffe, soit dans un pansement, soit dans un plâtre, soit dans un appareil adéquat ; surveillance de la formation du cal nouveau à la radiographie ; massage, puis mobilisation progressive et prudente, s'il s'agit d'une greffe pour pseudarthrose d'un membre ou de la mâchoire ; ablation des fils ou plaques métalliques quand la consolidation paraît définitive (encore, ainsi que je l'ai déjà dit, beaucoup de chirurgiens abandonnent-ils définitivement ces corps étrangers dans les tissus) : c'est à peu près à cela que se bornent les soins post-opératoires. Il faut savoir qu'un temps très long est parfois nécessaire pour obtenir un cal osseux tout à fait solide : plus d'un an, dans certains cas. On a même signalé des cas de fracture du greffon.

Ce retard s'observe surtout quand il y a eu un peu de suppuration de la plaie. Cette suppuration — quand, toutefois, elle n'entraîne pas l'élimination totale du greffon — n'est donc pas un indice fatal d'échec de la greffe : elle fait seulement prévoir que la consolidation se fera avec un retard plus ou moins long

Dr A. GOSSET,

Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la Salpétrière.
Chirurgien Consultant de l'Armée Gouraud. Septembre 1918.

DE L'OSTÉOSYNTHÈSE DANS LES FRACTURES

Le traitement d'une fracture comprend toujours deux temps : la réduction, la coaptation. Dans les procédés classiques, la réduction est indirecte, c'est-à-dire qu'elle s'exerce à travers les muscles et les téguments : elle est donc forcément lente et incertaine. Malgré la traction continue, malgré l'anesthésie, on peut dire que la réduction parfaite d'une fracture est chose exceptionnelle. L'interposition fibro-musculaire, si fréquente, constitue un obstacle que les méthodes anciennes ne peuvent, pour ainsi dire, jamais lever.

De même la coaptation d'une fracture par les procédés non sanglants est toujours précaire. L'immobilisation dans un appareil plâtré ne permet pas toujours d'éviter un déplacement secondaire. Les procédés plus modernes par traction et suspension du membre demandent, pour obtenir de bons résultats, une surveillance exacte et minutieuse, qui ne peut être toujours réalisée.

Loin de moi la prétention de vouloir jeter le discrédit sur les traitements non sanglants des fractures. Dans bien des cas, peut-être dans la majorité, on obtient, grâce à eux, des résultats pratiques excellents. Depuis qu'on peut vérifier par la radiographie la situation exacte des fragments, de grands progrès ont été faits dans le traitement des fractures. Pour n'en citer qu'un, le traitement ambulatoire dans les fractures du membre inférieur constitue, dans certains cas, une amélioration considérable.

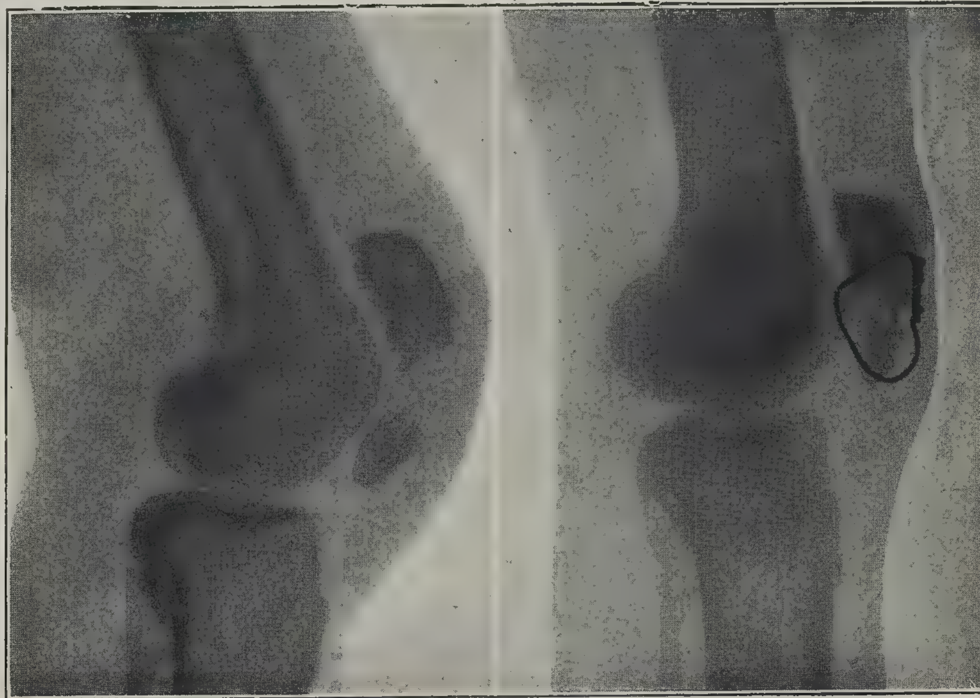


Fig. 1 — Avant opération. Fig. 1 *bis* — Après opération.

FRACTURE DE LA ROTULE (DUJARIER)

Depuis près de vingt ans je me suis efforcé de chercher dans la méthode sanglante un moyen d'obtenir des résultats plus parfaits dans le traitement des fractures. Théoriquement, la méthode consiste à mettre à nu le foyer de fracture, à lever tous les obstacles qui s'opposent à une réduction parfaite et, cette réduction obtenue, à la fixer par une prothèse métallique.

Je voudrais, dans cet article, passer rapidement en revue les différents procédés qui ont été proposés pour cette coaptation métallique directe, pour cette ostéosynthèse des fractures.

A. *Fils métalliques.*

Le procédé le plus ancien, et qui paraît le plus simple, a été celui des fils métalliques. On a même, jadis, proposé pour la suture des fractures une série de nœuds plus ou moins ingénieux et compliqués qui, il faut bien le dire, ne constituent, le plus souvent, qu'un mauvais mode d'ostéosynthèse. Il m'est arrivé, à diverses reprises, depuis la guerre, d'être obligé d'enlever de ces sutures métalliques compliquées qui, même en dehors de toute suppuration, n'avaient pu empêcher la pseudarthrose. Actuellement, la suture métallique doit être réservée à des cas particuliers et nous allons chercher à les préciser.

D'abord, comme matériel, on a utilisé successivement : le fil d'argent, le bronze d'aluminium, le fer doux, le cuivre rouge. Chacun de ces fils a des avantages et des inconvénients ; l'argent est très malléable, mais peu tenace, ; le cuivre, très tenace, est moins malléable. Le diamètre des fils a également beaucoup varié. On a préconisé les fils minces, plus facilement tolérés ; dans la plupart des cas, il est préférable d'employer de gros fils de 1 ou 2 millimètres de diamètre. Ces fils sont solides, ils donnent une coaptation ferme et ne coupent pas le tissu osseux comme les petits fils.

L'usage des fils est recommandable :

1° Dans les fractures de la rotule : dans les fractures ordinaires, avec petit fragment inférieur, j'utilise toujours la suture directe des fragments par un ou deux fils d'argent (au moins 1 millimètre de diamètre). Les fils peuvent, impunément, passer dans l'articulation ; le plus souvent, le fragment inférieur est petit et friable et le fil, au lieu de le traverser, le contourne en passant entre la pointe de la rotule et le ligament rotulien. Avant de serrer le fil, il faut

obtenir la réduction parfaite et la fixer avec un davier à dents de lion, qui appuie fortement les surfaces fracturées l'une contre l'autre. On peut, dans ces conditions, serrer fortement le fil d'argent ; la portion intra-articulaire s'imprime dans le cartilage et ne cause aucune gêne ;

2° Dans les fractures très obliques, notamment dans les fractures obliques du tibia, on peut, après réduction fixée par un davier, obtenir une coaptation parfaite par le cerclage. Mais ce cerclage doit être fait avec un fil solide. Le cuivre rouge de 1 millimètre ou 1 mm. 1/2 (Lambotte) donne d'excellents résultats. A son défaut le fil d'argent peut être utilisé. La figure 2*bis* montre le parfait résultat qu'on peut obtenir avec le cerclage. Tout récemment Parham a utilisé pour le cerclage des lames de fer doux. Tanton a publié de beaux résultats obtenus par cette méthode. Mais la fixation est certainement moins solide que par le cerclage à la Lambotte ;



Fig. 2 — Avant opération. Fig. 2 *bis* — Après opération.

FRACTURE OBLIQUE DU TIBIA (DUJARIER)

3° Dans les pseudarthroses et particulièrement dans certaines pseudarthroses de l'humérus, la décalcification des fragments est telle qu'on ne peut utiliser les plaques métalliques. J'ai obtenu dans ces cas de bons résultats par la suture avec un seul fil d'argent (2 millimètres de diamètre), fixant l'une contre l'autre les surfaces des fragments avivées à la scie, perpendiculairement à l'axe du membre ;

4° La suture au fil d'argent m'a encore rendu des services au cours du traitemeut de certaines pseudarthroses par la greffe ostéopériostique. Assez souvent, les extrémités des fragments sont déviées de l'axe normal : avec un mince fil d'argent je les ramène, les fixe en bonne position et j'applique par-dessus le greffon ostéopériostique taillé à la Delagénière.

B. — *Agrafes.*

Les agrafes constituent un mode d'ostéosynthèse plus moderne puisque c'est en 1901, qu'avec Jacoël, nous en avons présenté le premier modèle.

Les agrafes sont d'une application facile : il suffit, pour les enfoncer, de mettre à nu une des faces de l'os. De plus, surtout si l'on en met deux, on obtient une coaptation rigide. J'ai utilisé l'agrafage pour presque toutes les fractures ; actuellement j'en réserve l'emploi à des cas déterminés : les plaques constituant bien souvent un mode plus parfait de suture.

Au membre inférieur les agrafes constituent un excellent procédé d'union pour les fractures du tibia : fractures en rave ou à faible obliquité. Lorsque la réduction est obtenue, on la maintient par un davier ; puis on fore deux trous correspondant exactement aux pointes de l'agrafe et on l'enfonce à petits coups jusqu'à ce que la pénétration soit complète. Lorsque les trous sont forés à bonne distance et bien parallèlement, il suffit de quelques minutes pour poser une agrafe et la coaptation rigide est obtenue. Au membre supérieur, les agrafes peuvent être employées dans les fractures du col chirurgical de l'humérus. Dans ces fractures une plaque



Fig. 3 — Pseudarthrose du radius.

FIL D'ARGENT ET GREFFE OSTÉOPÉRIOSTIQUE (DUJARIER)

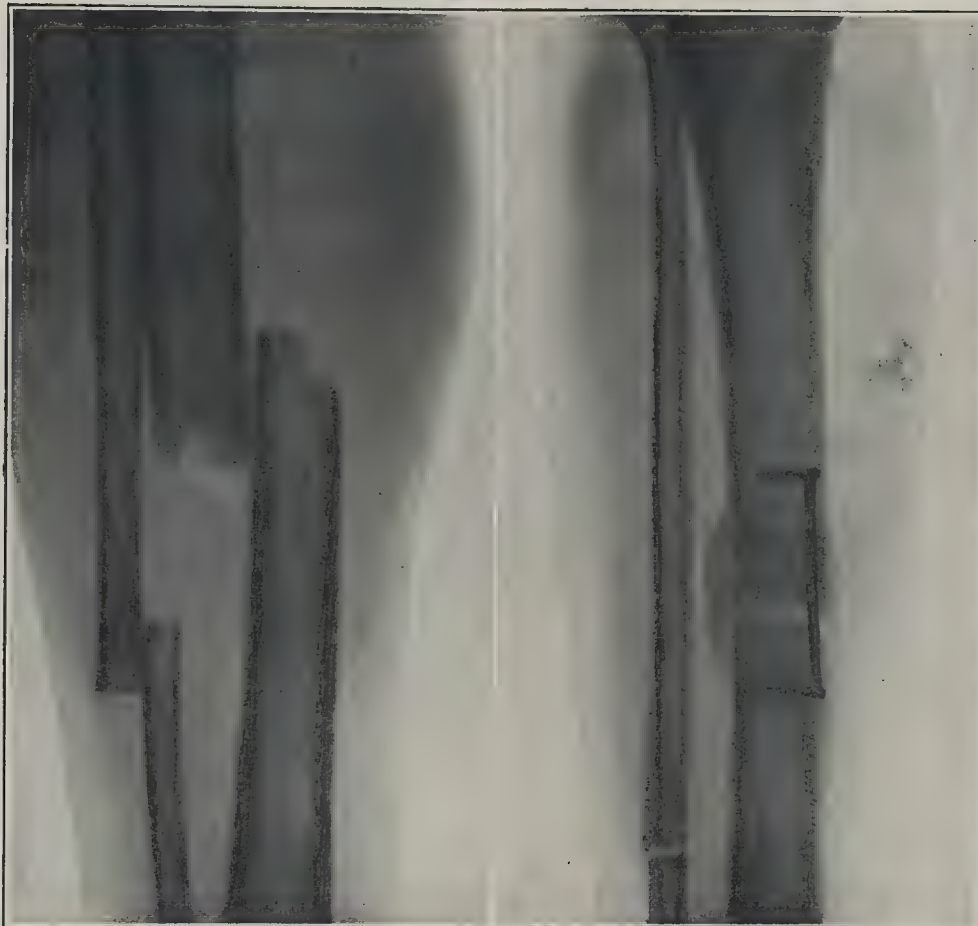


Fig. 5. — Avant opération. Fig. 5 *bis* — Après opération.

FRACTURE TRANSVERSALE DES DEUX OS DE LA JAMBE (DUJARIER)

s'adapte mal en raison du renflement de la tête humérale.

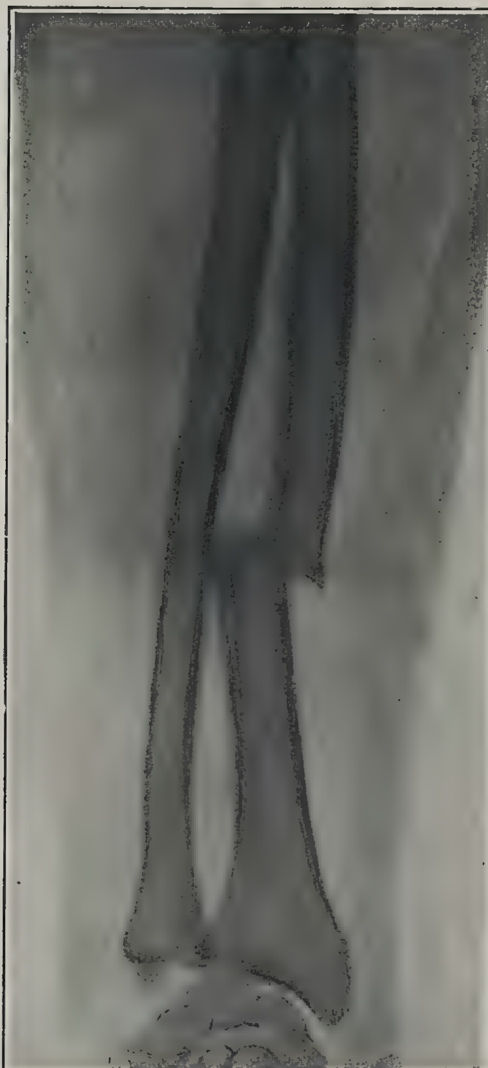
De même dans les fractures isolées d'un os de l'avant-bras la pose d'une



Fig. 4 — AGRAFES. (Grand et petit modèles).

agrafe est plus facile et plus rapide que celle d'une plaque et la coaptation est maintenue avec une rigidité suffisante.

Dans les fractures des deux os de l'avant-bras : qu'il s'agisse d'une fracture récente ou d'une pseudarthrose, je préfère, en général, un procédé mixte : fil d'argent sur le cubitus, agrafe sur le radius. En effet, si l'on mettait sur le premier os suturé une prothèse rigide, on risquerait de la fausser au cours des manœuvres nécessaires à la



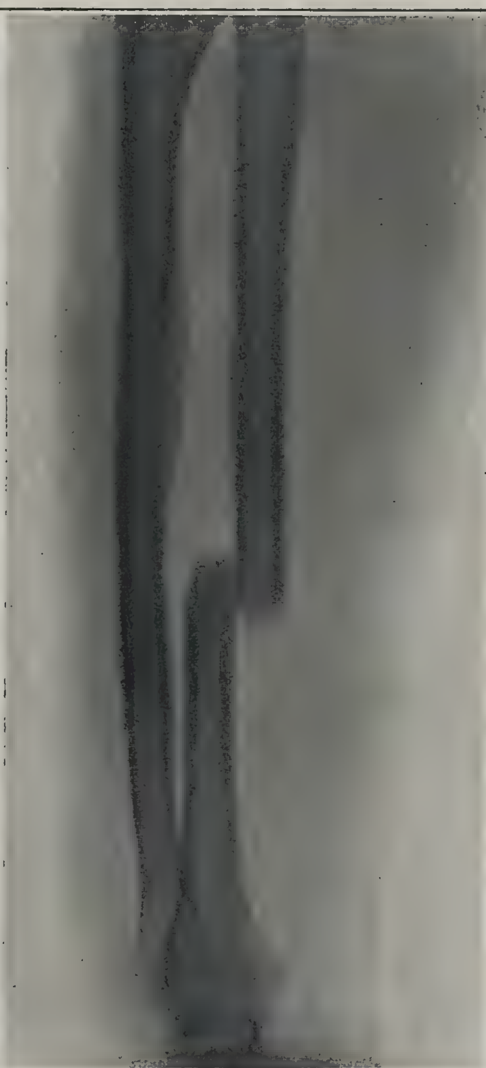




Fig. 6. — Avant opération : FACE. Fig. 6 *bis*. — Avant opération : PROFIL. Fig. 6 *ter*. — Après opération : FACE.

FRACTURE DU RADIUS (DUJARIER)

réduction et à la suture du second os.

C. — *Plaques.*

Les plaques sont de divers modèles. Je représente, figures 8, 8 *bis*, 8 *ter*, trois modèles de plaques avec les vis à utiliser pour chacune d'elles. Les premières sont les plaques de Lambotte en acier doré : elles sont moulées suivant la forme de chaque os et s'adaptent fort bien dans la plupart des fractures récentes. Mais on conçoit que dans les fractures des extrémités, dans les pseudarthroses avec formations osseuses nouvelles, l'application de la plaque soit difficile. Les plaques de Lane et celles de Shermann s'appliquent, au contraire, très facilement en raison de leur forme plus mince et de la facilité que l'on a de les tordre légèrement pour parfaire leur application.

Les vis employées sont des vis à pas serré (vis à métal) pour Lambotte et Shermann, des vis à pas large (vis à bois) pour Lane.

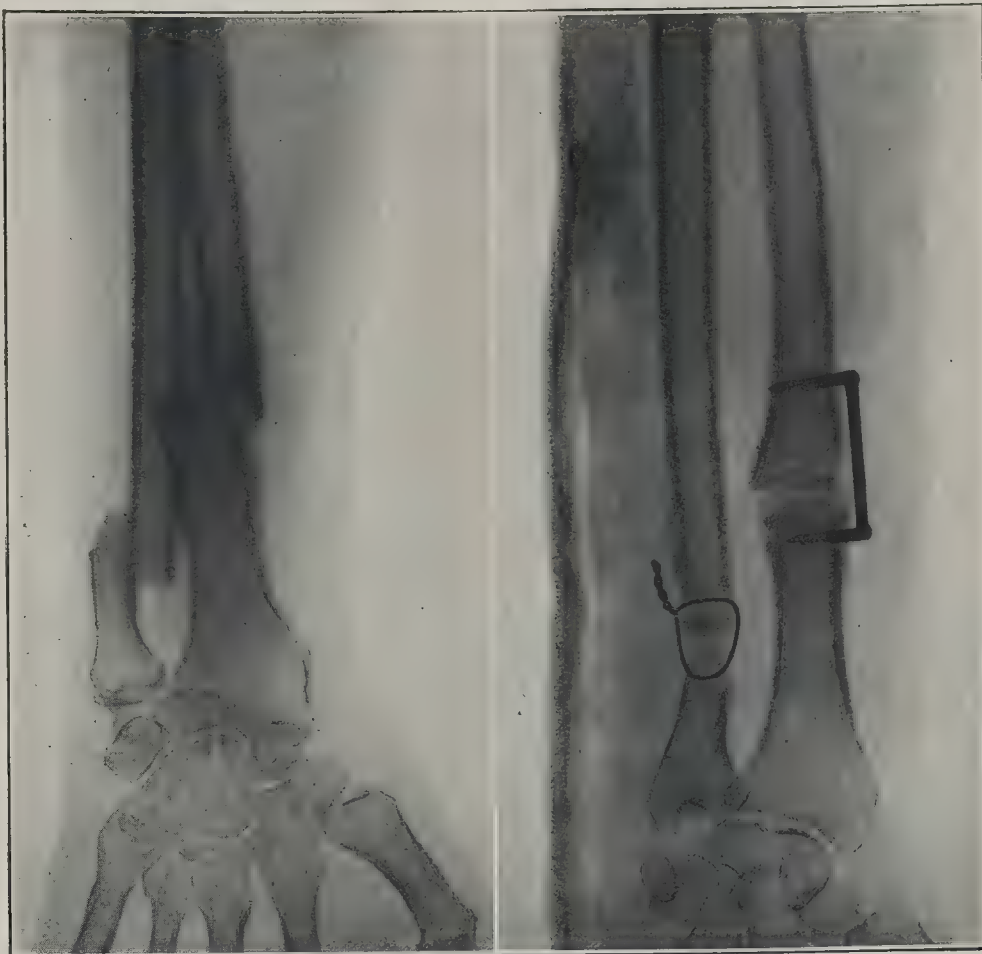


Fig. 7. — Avant opération. Fig. 7 *bis*. — Après opération.

PSEUDARTHROSE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS (DUJARIER)

Les plaques constituent le meilleur mode d'ostéosynthèse pour le fémur et l'humérus, dans les cas de fracture en rave ou à faible obliquité. Et cela, qu'il s'agisse de fracture récente ou de pseudarthrose. Je noterai pourtant que dans certaines pseudarthroses, spécialement de l'humérus, la décalcification des extrémités est telle que les vis ne mordent pas : elles foirent, suivant l'expression technique. Nous avons déjà dit que dans ces cas il fallait renoncer aux plaques et se contenter d'une coaptation plus précaire par un gros fil d'argent serré avec précaution.

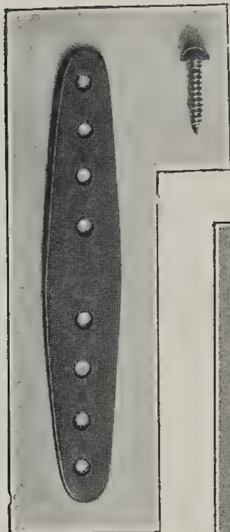


Fig. 8. PLAQUE DE LAMBOTTE

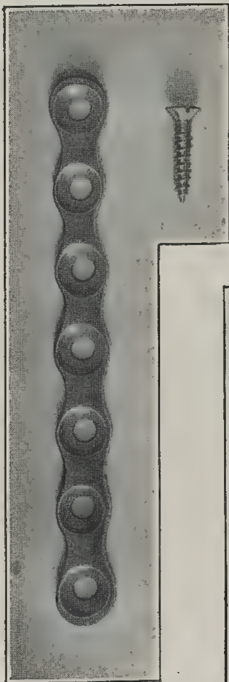


Fig. 8 *bis*. PLAQUE DE LANE

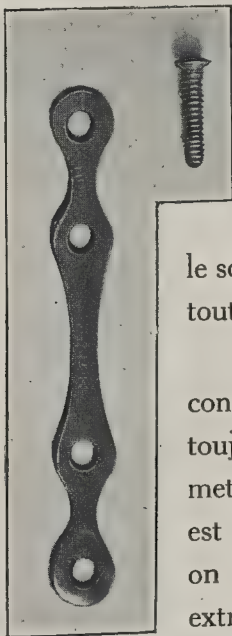


Fig. 8 *ter*. PLAQUE DE SHERMANN

Dans les fractures de la clavicule j'ai également utilisé les plaques avec profit et à ce sujet je tiens a rapporter la curieuse observation suivante : quelques années avant la guerre, un coureur cycliste connu vint me trouver avec une fracture récente de la clavicule. Il devait partir dix jours plus tard pour le Tour de France. Je finis par céder à ses instances et l'opérai. Une plaque de Lambotte fixée par quatre vis maintenait les fragments avec assez de force. Le septième jour je fis commencer l'entraînement et le dixième jour il partait pour la course. Pendant trois jours il fit des étapes de 300 kilomètres et se classa dans les premiers. Il ne se plaignit nullement de sa clavicule : mais j'avoue que le soir, j'attendais avec une certaine impatience le télégramme m'indiquant que tout s'était bien passé.

D.—*Vis.*

Les vis constituent un excellent procédé de synthèse dans des cas bien précis. J'ai toujours utilisé les vis de Lambotte qui portent à leur pointe une mèche permettant l'introduction directe de la vis sans forage préalable.

Le cas type pour le vissage est fourni par la fracture de l'olécrâne. Après réduction maintenue par un davier à fortes griffes, on enfonce la vis à travers l'olécrâne, dans la direction du cubitus. On obtient ainsi une coaptation extrêmement solide pouvant permettre les mouvements dans les quelques jours qui suivent l'opération. J'ai souvenir d'avoir trouvé l'une de mes premières opérées en train de se coiffer le surlendemain de son opération.

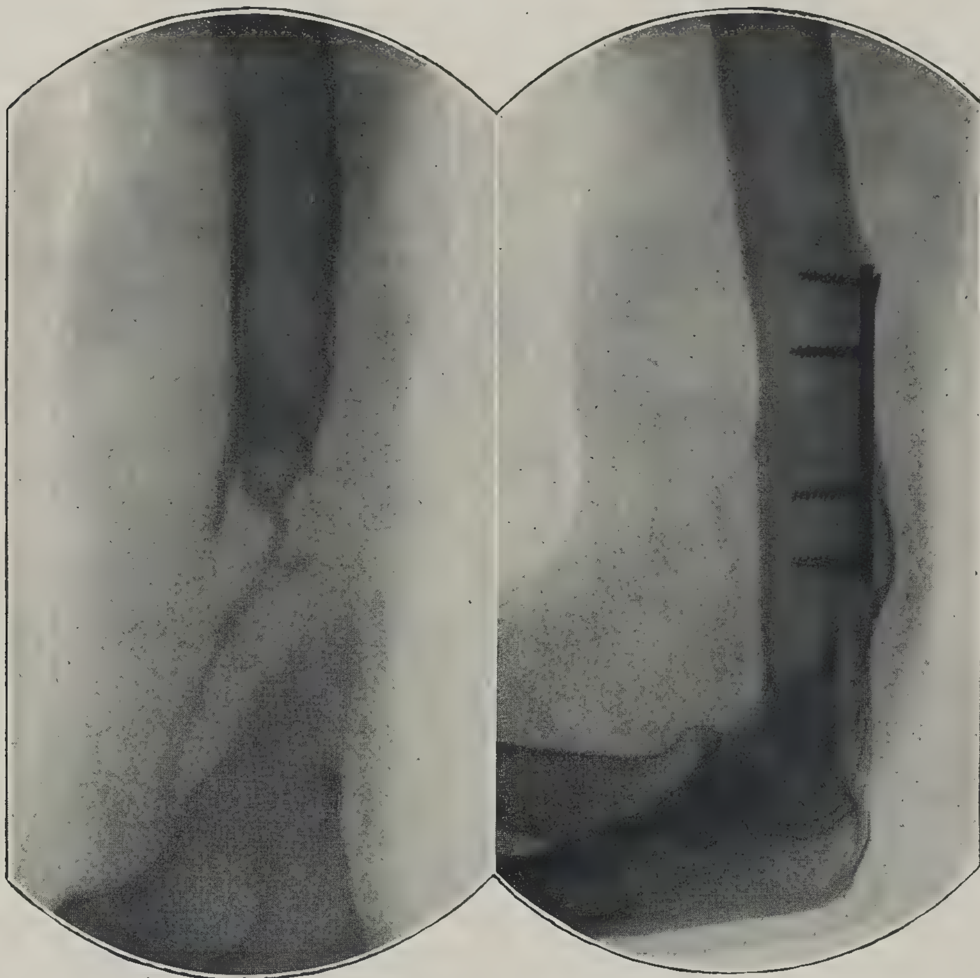


Fig. 9. — Avant opération. Fig. 9 *bis*. — Après consolidation.

PSEUDARTHROSE DE L'HUMÉRUS (DUJARIER)

Indications opératoires.

Les indications varient suivant qu'il s'agit de fractures fermées, de fractures ouvertes ou de pseudarthroses.

A. *Fractures fermées.*

En principe, l'ostéosynthèse doit être réservée aux fractures dont la réduction ne peut être obtenue par les moyens ordinaires, surtout lorsque le déplacement des fragments doit entraîner, par la suite, des troubles fonctionnels sérieux.

Pour la rotule et l'olécrâne tous les chirurgiens sont d'accord et la méthode sanglante est la méthode de choix.

Au membre inférieur, les fractures obliques du tibia, qu'il est presque impossible de réduire, doivent être suturées. Sans doute, on peut, même avec un cal vicieux, obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant. Mais toute déviation latérale trouble la statique du membre; le poids du corps n'est pas transmis suivant les axes normaux. Au contraire, après réduction parfaite et ostéosynthèse, on obtient presque la *restitutio ad integrum.*

Au membre supérieur la suture est indiquée dans les fractures de l'avant-bras : seule la suture permettra de rétablir l'espace interosseux et d'obtenir, après consolidation, des mouvements de rotation presque normaux.

Dans les fractures de l'humérus la suture sera réservée aux cas irréductibles avec interposition musculaire. Les fractures du col chirurgical, notamment, pourront être avantageusement suturées dans les cas de déplacement irréductible.

Pour la clavicule j'ai renoncé à la suture, sauf indication spéciale, les résultats obtenus n'étant pas sensiblement supérieurs à ceux des traitements classiques.

Enfin, certaines fractures articulaires, notamment au genou et au coude, ne pourront être réduites que par l'intervention et la suture.

B. *Fractures ouvertes.*

Dans ces fractures il faut distinguer les fractures ordinaires et les fractures comminutives. Dans les premières, depuis qu'on sait désinfecter un foyer ouvert et tenter la fermeture primitive, l'ostéosynthèse pourra être employée comme s'il s'agissait de fracture fermée.

Dans les fractures comminutives et particulièrement dans les fractures par projectile de guerre avec perte de subtance plus ou moins considérable, rien ne s'oppose, en général, à l'immobilisation des os en bonne position : aussi l'ostéosynthèse sera-t-elle rarement indiquée. On n'y aura recours que si un fragment avait tendance à prendre une position vicieuse. Dans certains cas analogues, l'accrochage par un fil métallique sortant par la plaie rendra les plus grands services. J'ai vu cette méthode utilisée avec succès chez Depage à l'ambulance de La Panne.

C. — *Pseudarthroses.*

Dans les pseudarthroses deux méthodes sont employées : l'ostéosynthèse et la greffe.

Dans les segments de membre à un seul os, à la cuisse et au bras, c'est à l'ostéosynthèse qu'on aura le plus souvent recours. Au bras notamment peu importe d'obtenir un humérus un peu plus court pourvu qu'il soit solide et je considère que la greffe donnerait un résultat beaucoup plus aléatoire et par une intervention plus grave.



Fig. 10
VIS
DE LAMBOTTE

Au contraire, dans les segments de membre à deux os, lorsqu'il existe une perte de substance d'un seul d'entre eux, et particulièrement au niveau du tibia et du radius, c'est à la greffe qu'il faut avoir recours.

Si l'on a affaire à une pseudarthrose des deux os la suture osseuse reprend ses droits, surtout à l'avant-bras. A la jambe au contraire, la diminution de longueur est de première importance et dans les cas favorables la greffe pourra être tentée.

On a fait à l'ostéosynthèse plusieurs reproches. D'abord le risque d'une suppuration. Ce risque est réel. Dans les fractures fermées, avec une bonne technique, on peut la réduire à peu de chose. Mais dans les pseudarthroses de guerre, lorsqu'il y a eu infection osseuse, il subsiste des foyers latents d'infection. Souvent l'opération les réveille. Aussi sera-t-il bon de drainer les plaies dans les cas douteux ou même de les laisser largement ouvertes.



Fig. 11 — Avant opération.



Fig. 11 *bis* — Dix-huit mois après opération.

FRACTURE DE L'OLÉCRANE (DUJARIER)

Dans ces conditions les phénomènes inflammatoires se calment rapidement et la consolidation s'obtient sans encombre. Au dernier Congrès de chirurgie, Patel n'a-t-il pas donné d'excellents résultats obtenus par l'ostéosynthèse pratiquée en plein foyer suppuré dans les fractures de guerre ?

On a accusé également l'ostéosynthèse de retarder la consolidation des fractures. C'est un reproche ancien, renouvelé récemment. Je le crois absolument injustifié et je suis heureux de soutenir dans cette question la même opinion que les deux chirurgiens qui, à l'étranger, ont pratiqué le plus d'ostéosynthèses : Arb. Lane en Angleterre et Lambotte en Belgique.

Une dernière question est celle du sort du matériel de prothèse. Dans certains cas, le membre reste douloureux à la pression, au niveau de la suture osseuse : dans d'autres, une fistule peut se former à ce même niveau. Dans ces cas il faut enlever la prothèse.

Mais lorsque cette dernière est bien tolérée, qu'il n'existe aucun phénomène inflammatoire à son niveau, je crois que son ablation est absolument inutile et j'ai suivi pendant plus de dix ans certains opérés qui ont conservé, sans le moindre ennui, le matériel de suture.

En résumé, l'ostéosynthèse constitue dans le traitement des fractures un important progrès. En l'appliquant aux cas où elle est indiquée elle permet d'obtenir des résultats nettement supérieurs à ceux des autres méthodes.

Dr CH. DUJARIER,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.



Photo Dr Ledoux-Lebard.

FIG. 1. — RADIOGRAPHIE DE LA JAMBE
FRACTURE DU TIBIA ET DU PÉRONÉ
On voit de nombreuses esquilles.

LA RADIOLOGIE

Avant la guerre de 1914, la radiologie s'était fait, en chirurgie courante, une place importante. Depuis le début des hostilités elle s'est imposée comme une nécessité impérieuse. Si, à la grande rigueur, on peut en effet admettre que l'exploration radiologique n'est pas toujours absolument indispensable pour le diagnostic de la fracture banale, on ne saurait avoir une semblable prétention lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion osseuse provoquée par intrusion d'un corps étranger, car, pour se rendre un compte exact de l'étendue des dégâts d'une part, de la situation des projectiles d'autre part, le seul moyen qu'on ait à sa disposition est l'emploi des rayons X. La majorité des blessés de guerre entre dans cette catégorie, on voit donc combien est élevé le pourcentage des cas justiciables de l'examen radiologique, grâce auquel un double avantage est obtenu : sécurité pour le blessé pouvant espérer, à la faveur de cet examen, une intervention complète, et tranquillité d'esprit pour le chirurgien, qui est assuré d'avoir ainsi tous les éléments de son diagnostic.

L'utilisation de la radiologie donne la possibilité d'obtenir des renseignements précis sur le siège et l'étendue des lésions osseuses (éclatement, esquilles, etc.), sur l'absence ou la présence d'un projectile au sein des tissus, sur sa situation exacte, sur certaines lésions des organes internes, sans pour cela faire intervenir une exploration dangereuse ou même seulement douloureuse pour le blessé. Les rayons X permettent d'affermir un diagnostic hésitant, d'aborder en toute connaissance de cause l'intervention la plus propice avec le maximum de renseignements. Comment peuvent-ils être un aide aussi précieux pour le chirurgien ? Un rapide coup d'œil jeté sur leurs propriétés physiques nous éclairera facilement sur ce sujet.

Alors que les rayons lumineux ont le pouvoir de traverser uniquement certains corps, les uns appelés translucides, les autres transparents, les rayons X ont la propriété de passer au travers de tous, indépendamment de leur translucidité ou de leur transparence. Il est bon d'ajouter, toutefois, que cette pénétration est plus ou moins complète suivant le poids atomique du corps interposé, celui-ci arrêtant, proportionnellement à ce facteur, une certaine quantité du rayonnement initial. L'écran, intermédiaire indispensable pour révéler à notre système visuel la présence des rayons X, ne s'illuminera donc pas d'une façon uniforme ; il totalisera les obstacles traversés sous forme d'ombres, permettant de différencier le contour des divers corps rencontrés. Au milieu des chairs l'opacité des os apparaît, laissant voir les balles, shrapnells, éclats d'obus.

Tel sera l'aspect de l'image, soit sur l'écran si le simple examen radioscopique est suffisant, soit sur la plaque photographique si la prise d'un cliché a été nécessaire.

En quelques instants le médecin radiologiste fournit une foule de renseignements jusque là imprécis ou même ignorés, malgré l'examen clinique le mieux conduit. Mais, ce premier résultat acquis, le chirurgien ne s'estimera pas encore satisfait. Au point de vue osseux (fig. 1) il demandera des précisions sur l'intégrité des os, ou, s'il y a fracture, sur la position de leurs fragments et sur leurs formes, sur les esquilles, leur nombre, leur situation ; fort de ces données, il pourra avec sûreté nettoyer un foyer, en extraire tous les



Photo Dr Ledoux-Lebard.

FIG. 2. — RADIOGRAPHIE DU GENOU DE PROFIL
Un shrapnell en A.

débris qui, dans un temps proche, auraient été capables de provoquer des accidents infectieux graves. Il pourra tendre à la meilleure coaptation en vérifiant, sous le contrôle des rayons X, la mise en place d'un appareil. Puis, par des épreuves successives prises au cours du traitement, il suivra les progrès vers la guérison.

S'il s'agit de projectile, l'opacité provoquée par un objet métallique apparaît si clairement à l'œil du radiologiste exercé que la présence ou l'absence d'un tel corps étranger pourra presque toujours être affirmée (fig. 2). Mais il ne suffit pas de certifier qu'un projectile est inclus dans les tissus, il convient de donner là encore des précisions d'un autre ordre : il faut le situer par rapport au squelette, aux organes voisins ou à la peau.

Cette localisation se fait avant l'intervention, mais peut être contrôlée de nouveau pendant l'opération.

Avant l'acte opératoire, la recherche est faite au moyen de la radioscopie ou de la radiographie, les divers procédés et appareils (fig. 3) actuels permettent de donner, à trois ou quatre millimètres près, la profondeur exacte à partir de la peau. Le secours apporté par le radiologiste peut même être plus efficace : certains appareils localisateurs sont munis d'un guide, tige graduée, qui, outre la profondeur, indique la direction dans laquelle doit se faire la recherche. Il suffit alors, au cours de l'intervention, d'appliquer l'appareil sur trois points cutanés, tracés pendant la recherche sous l'écran ou pendant la prise du cliché, pour se replacer dans des conditions identiques : la tige conduira le chirurgien à l endroit précis où se trouvait le projectile lors de cet examen. Cette dernière catégorie d'appareils porte le nom de compas (fig. 4 et 5) : compas de Hirtz, de Debierne, de Saïssi, de Grand-Gérard. Leur emploi nécessite une mise au point parfois un peu délicate, mais les renseignements fournis sont d'une exactitude mathématique

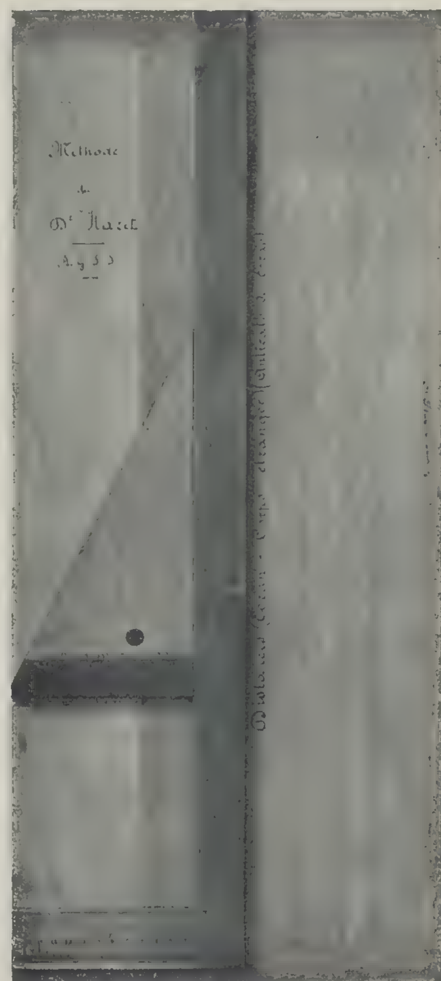


FIG. 3. — RÈGLE DE HARET
Permettant la détermination de la profondeur par radioscopie.

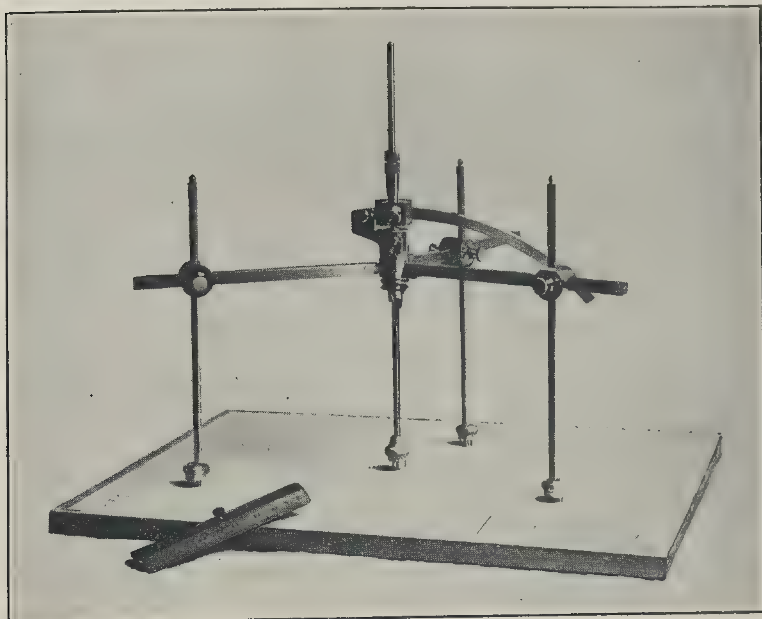


FIG. 4. — COMPAS DE HIRTZ
Détermination de la profondeur par radiographie ou radioscopie.

Reste enfin la coopération intime du radiologiste et du chirurgien pendant l'acte opératoire : pour arriver à ce but, le blessé est opéré sur une table spéciale au-dessous de laquelle un tube à rayons X est prêt à fonctionner; à la moindre hésitation de fausse route, le courant est lancé dans le tube et immédiatement l'opérateur est remis dans la bonne voie par le radiologiste : c'est l'extraction sous le contrôle intermittent.

Cette pratique est la meilleure, la plus rapide, la plus sûre, car avec les autres procédés le projectile, dans certains cas, s'est déplacé entre le moment de la localisation et celui de l'intervention. Cette méthode s'applique, soit en pleine lumière

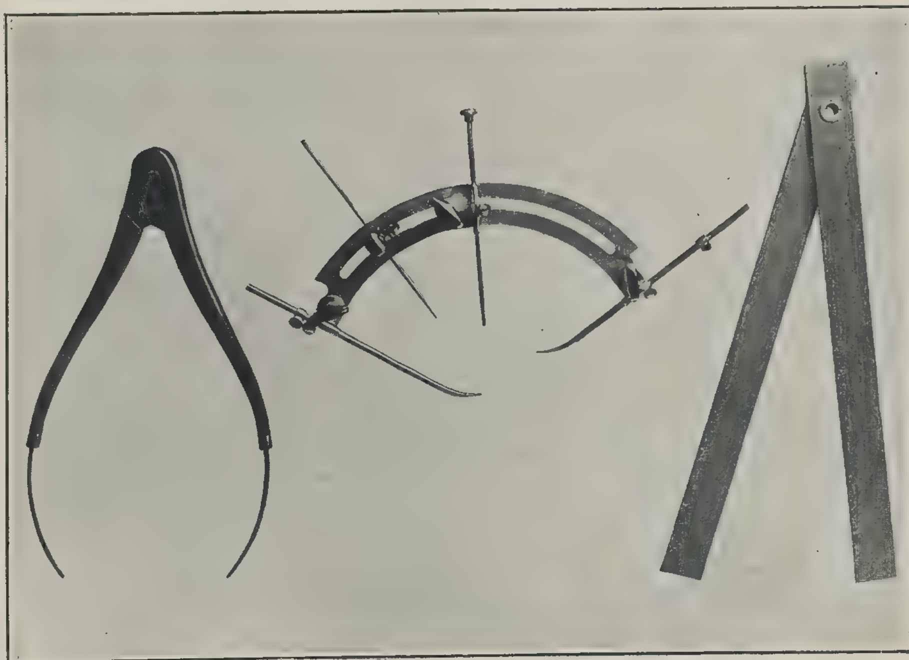


FIG. 5. — COMPAS DE DEBIERNE
Détermination de la profondeur par radioscopie.



FIG. 6. — BONNETTE DESSANE

La partie inférieure de la bonnette est relevée : le radiographe suit l'opération sans perdre son adaptation. La partie inférieure est abaissée pour l'examen radioscopique.

en utilisant les bonnettes spéciales construites à cet effet (fig. 6), soit à la lumière artificielle peu intense (rouge, ou mieux, violette), pour permettre à l'observateur de conserver l'adaptation visuelle nécessaire à la vision immédiate d'une image radioscopique.

Quels sont les moyens mis à la disposition du chirurgien pour lui permettre d'utiliser l'un quelconque des procédés que nous venons de décrire ?

Au moment de la déclaration de guerre, le Service de Santé militaire français possédait un laboratoire fixe de radiologie dans chacun de ses grands centres, tels que le Val-de-Grâce, Desgenettes, l'hôpital du Dey à Alger, etc... ; et des appareillages portatifs, dits matériels radiologiques de campagne, comprenant la source électrique sous forme d'un petit moteur à essence actionnant une dynamo. Ces postes, attribués aux corps d'armée, faisaient partie du matériel de mobilisation et étaient destinés à fonctionner dans les hôpitaux d'évacuation. Leur composition avait été définie à l'occasion de la campagne du Maroc (fig. 7) ; les progrès réalisés depuis cette date dans le matériel radiologique ne l'avaient pas fait modifier, si bien que les moyens de protection manquaient presque totalement et la radioscopie était rendue très difficile par l'absence de mobilité du pied support d'ampoule.

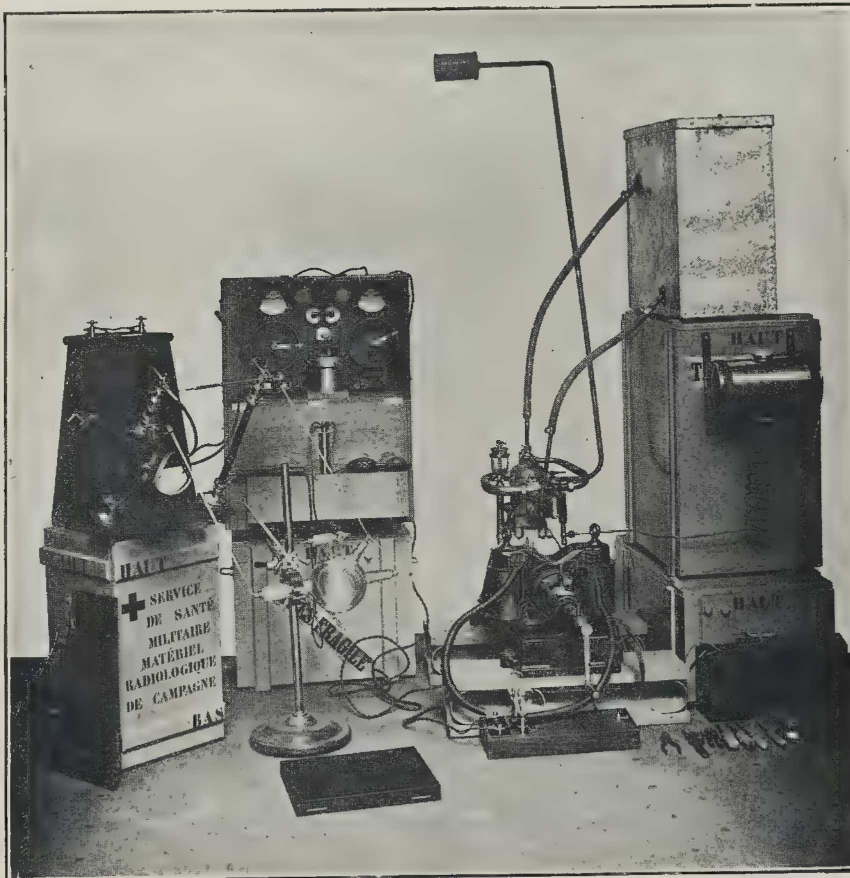


FIG. 7. — FAUTEUIL RADIOLOGIQUE DE CAMPAGNE (TYPE MAROC)

De tels inconvénients et le nombre trop restreint de ces installations provoquèrent, dès le 6 août 1914, la création de postes nouveaux plus complets, montés sur des voitures automobiles, et dénommés équipages radiologiques.

L'équipage radiologique, outre un matériel bien étudié, possède le personnel compétent nécessaire : un médecin radiologiste, un manipulateur électricien, un conducteur mécanicien. Cette formation-type (fig. 8) est destinée à fonctionner dans la zone des armées et dans la zone du territoire auprès des formations sanitaires qui sont privées de rayons X malgré la réquisition et l'utilisation de presque toutes les installations des hôpitaux, des cliniques et des particuliers.

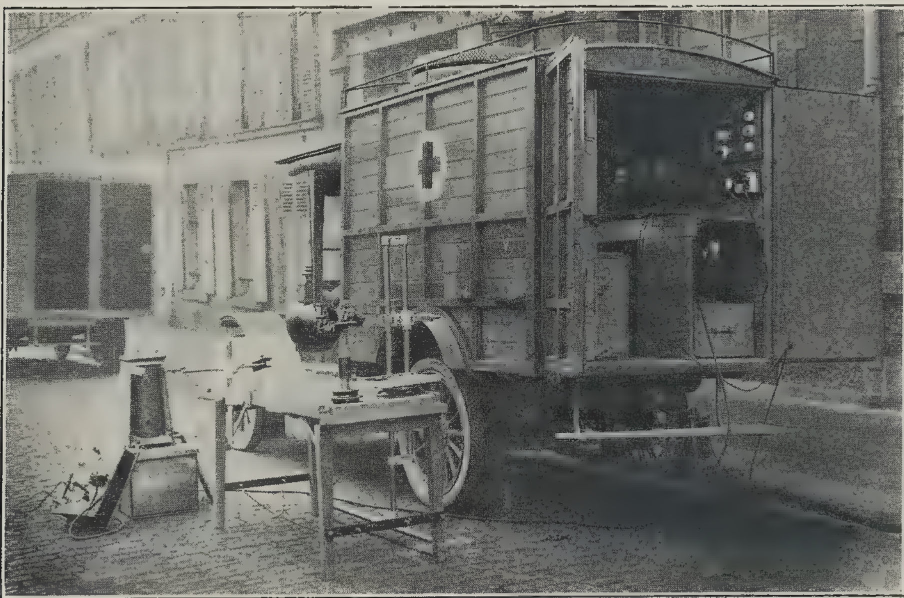


Photo Gallot et Cie, Paris.

FIG. 8. — ÉQUIPAGE RADIOLOGIQUE

En quelques mois chaque armée fut dotée de plusieurs équipages, chaque région s'en vit attribuer un.

Vers le milieu de 1915, le Service de Santé, voyant la nécessité d'ambulances de grande chirurgie, créa un modèle appelé

ambulance chirurgicale automobile: la radiologie y obtint une place importante, un camion lui fut réservé spécialement et un médecin radiologiste compta parmi son personnel. Ce camion fut aménagé pour permettre l'examen radiologique du blessé à l'intérieur même de la carosserie, alors qu'une petite partie était destinée à servir de laboratoire de développement (fig. 9 et 10).

En raison des dimensions de l'ambulance chirurgicale automobile et du poids un peu exagéré de chaque voiture, il n'en fut créé qu'un petit nombre qui, d'ailleurs, continuent à fonctionner, mais un autre modèle moins encombrant fut adopté : le groupe complémentaire de chirurgie (fig. 11), dénommé par la suite camion de stérilisation et de radiologie.

Dans le groupe, le matériel comprend un poste de radioscopie. Un médecin spécialiste, assisté d'un manipulateur électricien, en a la charge. Destinés à venir s'accoler à certaines ambulances surchargées de blessés, ces groupes, dont le nombre attein t180, apportent une aide efficace aux chirurgiens.

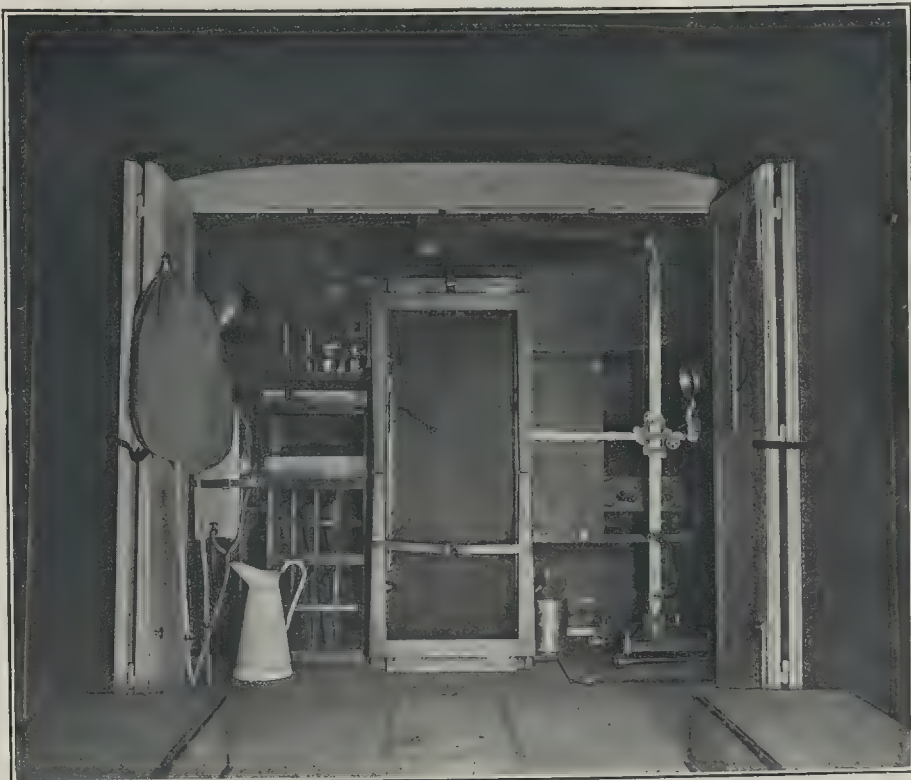


Photo Gallot et Cie, Paris.

FIG. 9. -- INTÉRIEUR DE CAMION RADIOLOGIQUE D'UNE AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE (MATÉRIEL AMARRÉ POUR LE TRANSPORT)

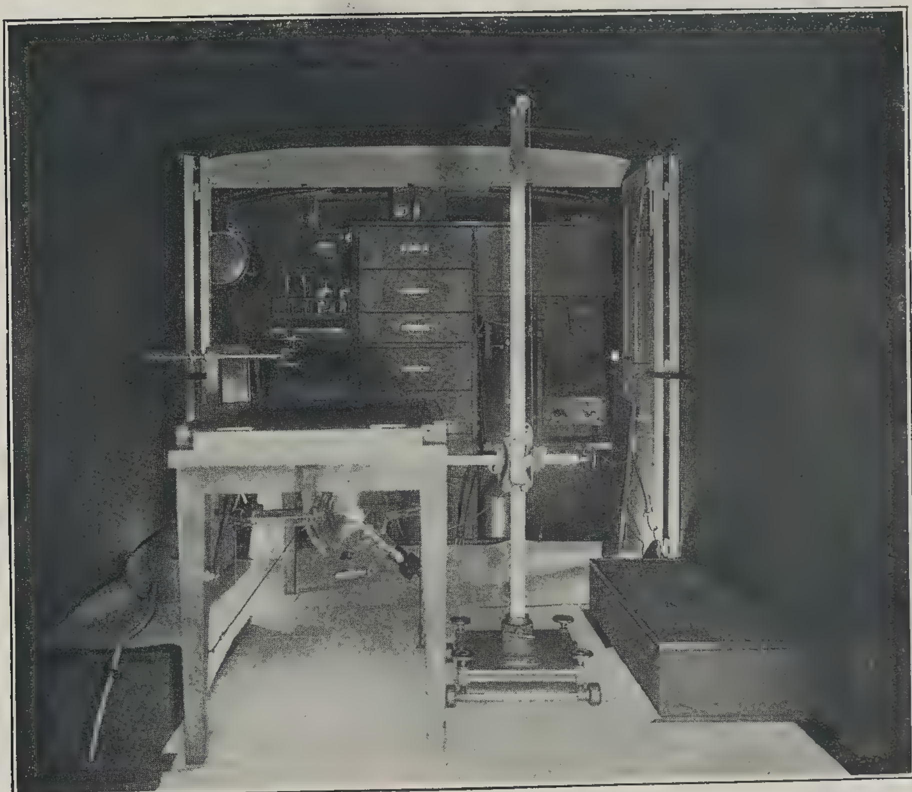


FIG. 10. -- INTÉRIEUR DU CAMION RADIOLOGIQUE D'UNE AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE EN PÉRIODE DE FONCTIONNEMENT

En plus de ces laboratoires mobiles, fonctionnent, dans les grands hôpitaux de chaque armée, des postes fixes de radiologie (fig.12), qui ont été constitués avec le souci de donner à l'opérateur la plus complète satisfaction, tant au point de vue de la multiplicité des renseignements fournis que de leur précision, jusques et y compris l'extraction sous l'écran. Chaque poste possède, en effet, un matériel pour la radioscopie et la radiographie et, de plus, une table radiochirurgicale pouvant fonctionner dans la salle d'opération, en pleine lumière avec l'emploi de la bonnette spéciale(fig. 13 et 14).

Enfin des navires hôpitaux, destinés à rapatrier les blessés de l'armée d'Orient, ont été eux-mêmes aménagés au point de vue radiologique par les soins du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé. Un meuble assez bas pour se loger dans la cabine transformée en laboratoire à rayons X, supporte tous les appareils (fig. 15). Le blessé est ainsi assuré de recevoir en cours de route tous les soins que peut exiger son état.

Mais un matériel, aussi perfectionné

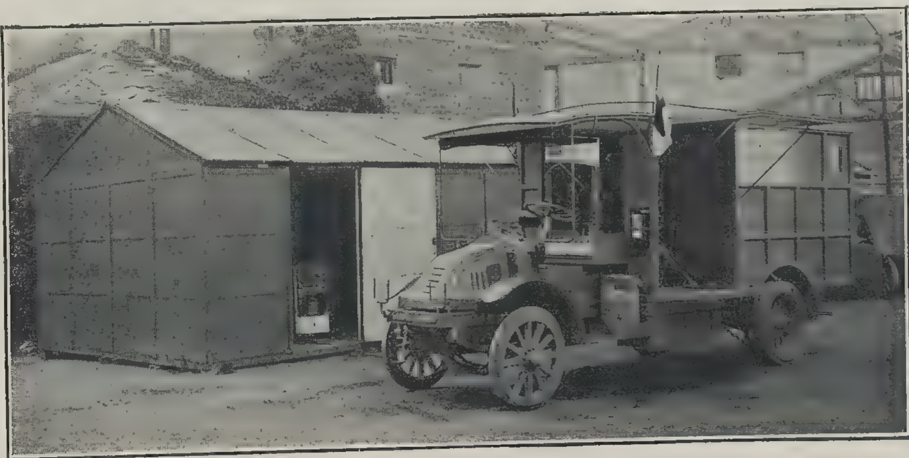


FIG. 11. -- GROUPE COMPLÉMENTAIRE CHIRURGICAL ET LA BARAQUE

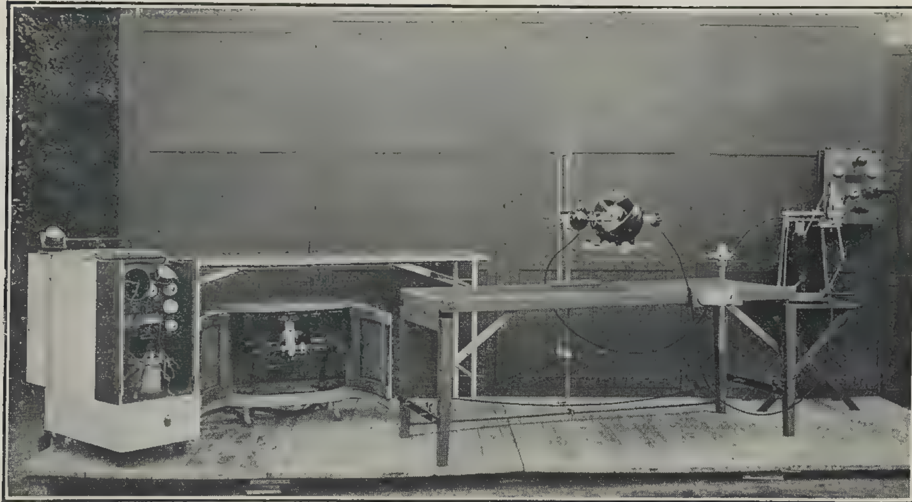


FIG. 12. -- APPAREILLAGE FIXE POUR POSTE D'H. O. E.
(Meuble de Ledoux-Lebard, table d'Haret.)

soit-il, ne vaut que par la compétence du personnel appelé à s'en servir ; or, le nombre des spécialistes radiologistes avant la guerre était minime. Il a donc fallu initier des médecins et des manipulateurs au maniement des appareils et à l'interprétation des images. Un cours de perfectionnement a été institué pour les médecins à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et la direction en a été confiée au médecin-major Beclère, membre de l'Académie de Médecine ; 200 médecins y ont puisé, jusqu'à ce jour, les notions indispensables à l'exercice de leur spécialité. Pour les manipulateurs un cours d'instruction a été organisé aux Ateliers généraux du Service de Santé. Les infirmiers, après ce stage, possèdent une instruction suffisante sur la mécanique, la physique, le développement photographique, pour devenir les collaborateurs précieux des médecins radiologistes.

Parallèlement à cet enseignement, une école destinée spécialement aux infirmières s'est ouverte à l'hôpital Edith Cavell, sous la haute direction technique de Mme Curie. Ces infirmières spécialisées, dites « manipulatrices radiographes », se substituent aux manipulateurs classés dans les services armés et les remplacent dans leur emploi.

Le fonctionnement de tous ces services est établi de la façon suivante :

Au front, chaque armée possède son « équipe experte », qui parcourt toute l'armée pour surveiller le fonctionnement radiologique, signalant les défectuosités du matériel et l'insuffisance du personnel; dès qu'une réparation est nécessaire elle est exécutée sur place par l'équipe ou, si elle est trop importante, elle est confiée aux Ateliers généraux du Service de Santé, à Paris. S'il s'agit de la technicité imparfaite du personnel, ce dernier est soumis sur place à un cours de perfectionnement.

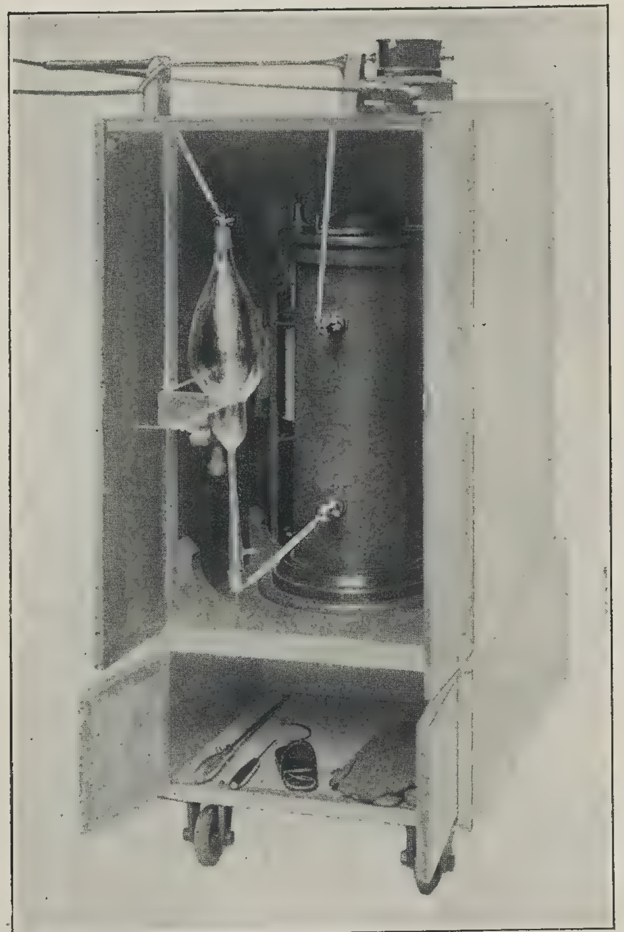


FIG. 13. -- MEUBLE RADIOLOGIQUE LEDOUX-LEBARD

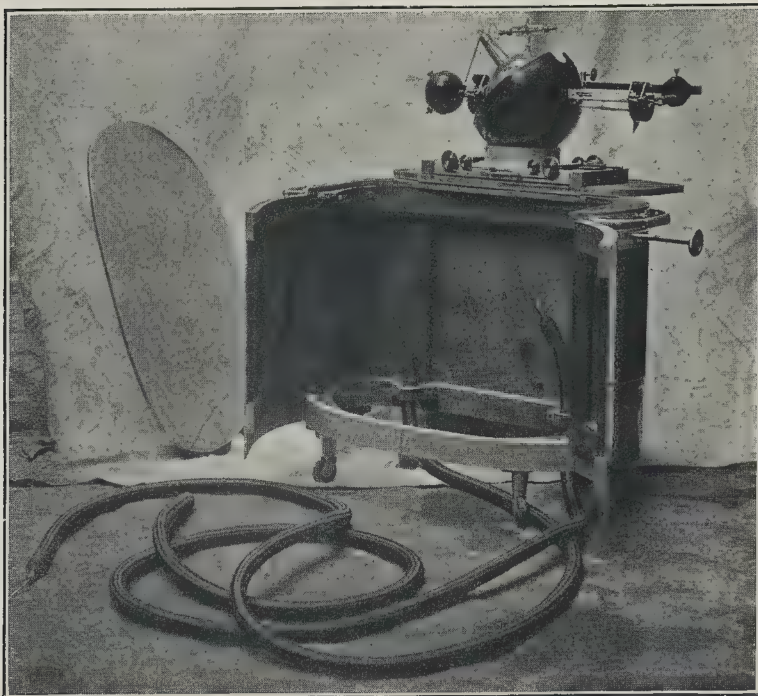


Photo Gallot et Cie, Paris.

FIG. 14. -- MEUBLE TEILLARD, OUVERT

Au territoire, chaque région possède un chef de service central de radiologie qui organise et contrôle tous les postes de sa région, fait les demandes de personnel et de matériel nécessaires aux besoins du service.

Enfin des équipes de renfort ont été constituées au territoire et sont prêtes, sur simple demande téléphonique, à rejoindre immédiatement tel point du front où leur présence est réclamée en cas d'afflux de blessés.

La liaison avec le bureau technique au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé est assurée au moyen d'un rapport mensuel transmis par chaque équipe experte, chacun des chefs d'équipage, chacun des chefs de région.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'organisation

radiologique faite par le Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé, tant aux armées qu'au territoire.

Malheureusement, malgré tous les progrès réalisés en radiologie, le danger des rayons X, pour ceux qui sont appelés à s'en servir constamment, persiste toujours. Tous les moyens de protection, tels que gants, tabliers (fig. 16, 17), lunettes spéciales, sont mis à la disposition du personnel, mais chaque examen pratiqué accumule sur les mains de l'opérateur une petite dose de radiation, et au bout de quelques mois, ou de quelques années, l'implacable radiodermite se manifeste. C'est alors l'apparition de souffrances intolérables, d'opérations mutilatoires, bien souvent impuissantes à arrêter la marche du mal. Nombreux sont déjà les médecins radiologistes qui, depuis la guerre, ont été frappés de la sorte sur ce champ de bataille. L'abnégation de ces spécialistes qui, dans le silence de leurs laboratoires et en toute connaissance de cause, s'exposent ainsi pour le bien des blessés, mérite d'être glorifiée au même titre que tous les autres actes d'héroïsme dont la grande guerre nous a fourni de si beaux exemples.

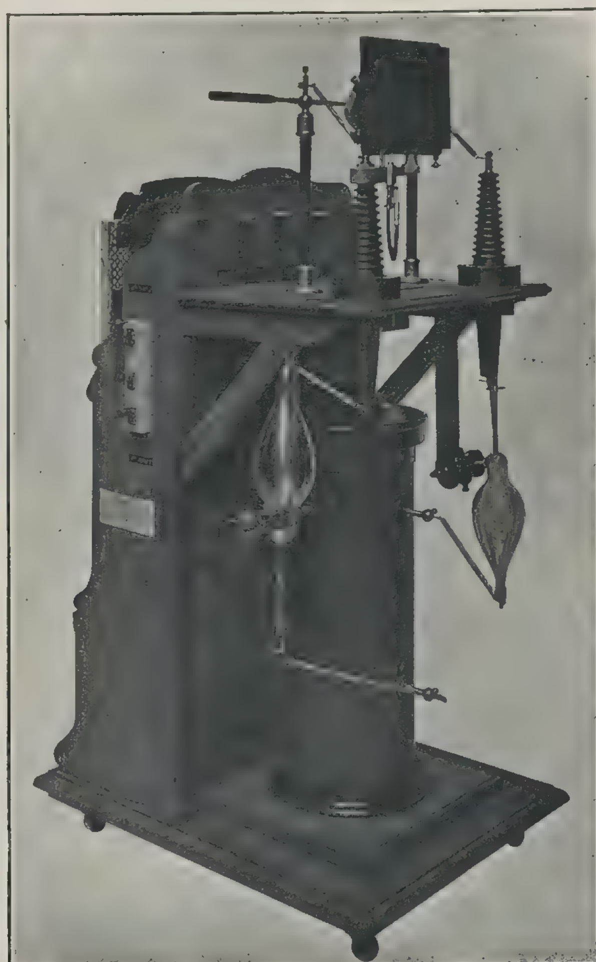


Photo Gallot et Cie, Paris.

FIG. 15. — CRÉDENCE RADIOLOGIQUE POUR NAVIRES-HOPITAUX



FIG. 16. — TABLIER PROTECTEUR

Dr HARET,
Radiologiste des hôpitaux de Paris.



FIG. 17. — GANTS PROTECTEURS

CHAPITRE IX

LA MÉDECINE PENDANT LA GUERRE

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Au moment où éclata le grand conflit mondial, la question de la lutte contre la tuberulose se posait en France avec une pressante acuité. Nombreux étaient ceux qui poussaient le cri d'alarme, — médecins, hygiénistes, sociologues — qui constataient les ravages de la tuberculose et qui savaient par expérience ou qui pressentaient quel effort était nécessaire pour engager une lutte qui, depuis plusieurs années, était menée activement et victorieusement chez les nations alliées ou ennemies.

L'armée, toutefois, avait pu se protéger — d'une façon simpliste d'ailleurs — en excluant de ses rangs, par la réforme, les malingres et les suspects. De fait, la contagion de la tuberculose dans les casernes du temps de paix avait diminué dans de très notables proportions.

Mais survient la mobilisation qui incorpore dans l'armée près du sixième de la population totale. L'immunité relative de l'armée disparaît et, dès lors, le péril tuberculeux se manifeste, dans le milieu militaire, presque aussi grave que dans la population civile.



Photo Dr Cantonnet.

SANATORIUM DE GORBIN A MENTON (ALPES-MARITIMES)

Cet aspect nouveau du danger éveille les préoccupations des pays alliés, notamment des États-Unis, qui crurent, à un certain moment, qu'il y avait là une menace pour leur propre armée, comme aussi pour la vie et le développement économique de la nation amie.

Certes il y eut quelque exagération dans l'expression de ces craintes, — il est permis de le dire, et il fut nécessaire de le prouver à l'aide de documents précis — car cette exagération même résultait de certaines appréciations des principaux protagonistes de la lutte contre la tuberculose.

Il était malheureusement évident que le fléau de la guerre allait aggraver cet autre fléau qu'est la tuberculose. Les fatigues de la campagne, le surmenage physique et moral imposé aux mobilisés arrachés brutalement à leur existence normale, l'irrégularité et l'insuffisance des apports alimentaires... ne pouvaient que constituer des causes favorables à l'éclosion de la tuberculose. Puis, il était à redouter que les prisonniers, les otages, les réfugiés ne soient dans les misères de leur lamentable odyssée, une proie facile pour la tuberculose; et l'on ne devait pas tarder à se rendre compte, à quel point, à cet égard, devait être odieuse la conduite « du peuple élu et de haute culture ».

Le pourcentage de ces prévisions trop pessimistes s'alignait dans des proportions bien faites pour alarmer, et aussi pour émouvoir l'entr'aide américaine qui, dans ce domaine comme dans d'autres, s'affirma avec une généreuse efficacité. Mais les faits allaient démontrer que ces calculs étaient faussés par les chiffres des statistiques officielles de morbidité quelque peu sujettes à caution et dans lesquelles il est fréquent d'attribuer à la tuberculose des décès qui résultent de toute autre affection de l'appareil respiratoire.

De même les chiffres qui ont été apportés à l'Académie de médecine et au Parlement ont paru singulièrement



Photo Dr Cantonnet.

HOPITAL SANITAIRE DE LA PIE (LOIRET)
TYPE DE PROPRIÉTÉ PRIVÉE ADAPTÉE EN SANATORIUM

exagérés aux médecins qui ont eu l'occasion d'examiner des militaires proposés pour une réforme motivée par la tuberculose.

On sait à quel point est important le nombre de sujets soignés dans les sanatoria allemands qui, considérés comme suspects, ne sont atteints en aucune façon de tuberculose. Dans l'armée française, depuis 1914, nombre de cas douteux, étiquetés tuberculeux, ne reposent que sur des diagnostics erronés. Des phtisiologues particulièrement qualifiés, qui ont eu à examiner nombre de soldats proposés pour la réforme, dans des régions différentes de la France, sont arrivés à ce résultat d'infirmer 69,8 %, ou 69,3 % de diagnostics portés de tuberculose pulmonaire, alors que 30,2 % ou 30,6 % seulement de ces diagnostics étaient reconnus exacts.

Si donc le danger comporte une gravité que la guerre devait surtout mettre plus brutalement en lumière, il importe de montrer que ce danger n'a pas grandi dans les proportions que certains rapports avaient fait craindre. Il convient également d'établir que si la France, surprise par l'invasion brusquée de son territoire, obligée à une mobilisation immédiate de toute son armée et de tout le corps médical, n'a pu entreprendre immédiatement la lutte, cette lutte allait être cependant rapidement engagée avec des armes et une organisation nouvelles, qui doivent pour l'avenir offrir un exemple à suivre et une leçon dont il convient de profiter.

Dès sa création, le Sous-Secrétariat d'État se rendit compte de l'ampleur de l'œuvre à accomplir et de son importance au point de vue de la vitalité de la race française et de la puissance économique du pays. Il voulut immédiatement utiliser le pouvoir et les ressources dont il disposait pour créer, non pas seulement une œuvre strictement militaire, mais l'œuvre sociale de la lutte antituberculeuse. Tout fut mis en jeu pour arriver, aussi rapidement que possible, à une organisation méthodique et efficace qui pût apporter au tuberculeux les secours et le traitement nécessaires, et aux collectivités la protection qui évitera la diffusion de la tuberculose.

Tout un ensemble d'accords avec le Commandement (dans la zone des armées), avec les pouvoirs civils intéressés, les œuvres d'initiative privées au premier rang desquelles se place l'effort américain, vont constituer les premières bases de cet armement défensif.

Dès le 31 décembre 1915, une convention est passée avec le Ministère de l'Intérieur, laquelle permettra une coordination des efforts et sanctionnera une entente qui ne devait pas se démentir.

Des enquêtes scientifiques ont lieu — des réunions périodiques de médecins phtisiologues, mobilisés ou civils se tiennent périodiquement sous les auspices du Sous-Secrétariat d'État.

Dans ces réunions fécondes, tous les problèmes concernant la tuberculose sont l'objet de discussions fertiles en conclusions pratiques; les traitements sont étudiés, choisis et formulés, durant que sont l'objet d'un jugement sans appel; les panacées lancées par une réclame outrancière et qui ne sont qu'une exploitation scandaleuse des malheureux malades.

De ces discussions allaient rapidement sortir des réalisations importantes, notamment la création des « hôpitaux sanitaires »: sanatoria du Service de Santé.

Quel est le but à atteindre ? il est double. Tout d'abord, il faut assurer au tuberculeux, avant qu'il soit réformé, les soins attentifs et efficaces auxquels il a droit. Son sort doit éveiller la même attention et la même sympathie que celui du blessé, car il a, lui aussi, sacrifié sa santé au service de la Patrie. Il est donc



Photo Willems.

CURE DE SOLEIL ET D'AIR MARIN
HOPITAL BÉNÉVOLE 83 *bis*, DOMAINE D'ILBARITZ-BIDART (BASSES-PYRÉNÉES)

juste et humain qu'il puisse bénéficier d'un traitement régulier, prolongé, et dans les meilleures conditions d'hospitalisation.

Il faut, d'autre part, que le tuberculeux reçoive une véritable éducation hygiénique qui accroisse ses propres chances de guérison et qui réduise au minimum les dangers de contagion pour son entourage immédiat et la collectivité où il doit vivre. Cette éducation hygiénique doit-être donnée quotidiennement par un personnel compétent. C'est à l'hôpital sanitaire que seront donnés au tuberculeux les soins dont il a besoin, et l'éducation hygiénique indispensable.



Photo Willems.

CURE D'AIR
HOPITAL BÉNÉVOLE 83 *bis*, DOMAINE D'ILBARITZ-BIDART (BASSES-PYRÉNÉES)

Très rapidement 45 hôpitaux sanitaires furent créés sur le territoire, représentant 8.000 lits. Les locaux appropriés furent recherchés et organisés de façon à pouvoir assurer une hygiène et aussi une discipline comparables à celles du sanatorium. Des médecins spécialisés furent choisis, au savoir et au dévouement desquels il fut fait appel — appel pleinement entendu — pour donner aux hospitalisés des hôpitaux sanitaires tous les soins nécessaires; nouvel exemple heureux de la mise en jeu des compétences techniques.

Ces hôpitaux sont situés, en principe, dans des régions de climat favorable et autant que possible dans des locaux isolés et qui pourront, après la guerre, conserver leur affectation actuelle sous la direction du Ministère de l'Intérieur auquel ils seront cédés par le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire.

Avant d'entrer dans ces hôpitaux sanitaires, chaque malade atteint ou suspect de tuberculose passe par un centre de triage, où il est l'objet d'un examen médical attentif, isolé dans des services spéciaux s'il est reconnu tuberculeux, et réparti dans des salles différentes selon le degré de tuberculose dont il est atteint.

Dans l'hôpital sanitaire, sanatorium du Service de Santé Militaire, il séjournera un temps déterminé pendant lequel sera constitué le dossier administratif qui garantira ses droits éventuels à une pension, puis, muni d'un carnet spécial ou se trouvent mentionnés son état de santé, les directions qu'il a à suivre, comme les indications générales du traitement et les règles d'hygiène qu'il doit observer, il va, s'il y a lieu, continuer sa cure dans les stations sanitaires : sanatoria du Ministère de l'Intérieur.

Là commence alors, le rôle de l'administration civile. Le soldat réformé est confié à ses soins et après un séjour dans la « station sanitaire » où se poursuivent son éducation antituberculeuse et son traitement, il peut rentrer dans ses foyers. Mais il va se trouver placé sous la protection des Commissions d'assistance. Celles-ci continuent, soit par l'office d'un dispensaire, soit par des visites à domicile, à assurer aux tuberculeux les secours médicaux et matériels nécessaires, tout en exerçant à leur égard la surveillance que légitime la protection de la collectivité.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

CURE MARINE
HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 53, A ARCACHON (GIRONDE)

Ainsi, le soldat tuberculeux redevenu civil, ayant repris son travail, n'est pas abandonné à lui-même. A tout moment, lui-même, sa famille et le groupement social auquel il appartient doivent être l'objet d'une prophylaxie intelligente, discrète et efficace.

Ainsi, se réalisent peu à peu les vœux depuis longtemps formulés, et cette réali-

sation va secouer cette trop longue indifférence qui couvrait d'un voile mortel le danger qui menaçait le pays.

Ces mesures s'accordent, a dit le Président de la Commission américaine contre la tuberculose, « avec les idées scientifiques les plus modernes et sont d'autant plus remarquables qu'elles sont exécutées au moment où la France a besoin de toutes ses énergies pour la lutte qu'elle soutient. » Elles constituent aussi un gage certain que dans un avenir prochain, la France sera aussi bien armée dans la lutte antituberculeuse, que n'importe quelle autre nation.



Photo Dr Cantonnet.

VANNERIE EN PLEIN AIR
HOPITAL SANITAIRE DE BÉQUET (GIRONDE)

Dans cette œuvre encore à son début. mais toujours agissante, la part du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire, ouvrier de la première heure, fut grande. Souhaitons que cette œuvre, se poursuivant dans le cadre élargi que sera le Ministère de l'hygiène et de la santé publiques, reste au premier rang des grandes questions sociales qui doivent solliciter et retenir l'attention persévérante des pouvoirs publics.

Dr SCHEFFLER,
Membre de la Commission consultative médicale.

Dr PIERRE TEISSIER,
de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté.

LA VÉNÉRÉOLOGIE

Le nombre des maladies vénériennes a triplé depuis la guerre ! Tel est le fait brutal que, dès janvier 1917, le professeur Gaucher proclamait, preuves en mains, du haut de la tribune de l'Académie de médecine. Les chiffres donnés sont terrifiants et peuvent inspirer toutes les craintes, c'est entendu. Mais sont-ils imprévus ? Certainement non. Sous forme plaisante ou sévère, pareille constatation a été faite par tous ceux, moralistes, médecins ou grands capitaines, qui ont eu mission, au cours des siècles, de conduire les armées ou de veiller à leur hygiène.

Les chiffres actuels sont simplement adaptés à la taille de cette guerre. Le nombre des malades, comme celui des blessés, est en proportion de la masse formidable des combattants et de l'étendue des zones d'armées. Que ce déplacement, unique dans l'histoire, des forces viriles de tout un pays, entraîne des conséquences, physiologiques ou pathologiques, en proportions encore inconnues, il n'y a rien là qui doive surprendre; ne nous attardons pas à l'étude, pleine d'aperçus philosophiques, mais un peu vaine, des causes, à la fois morales et immorales, de cette extension du péril vénérien.

En présence de cet autre danger, qu'a fait le Service de Santé Militaire ? Tel est l'intérêt de ces pages. Car ce résumé, qui est une revue rétrospective de son œuvre, peut être aussi un enseignement pour l'avenir.

On doit reconnaître que la période d'hésitation fut courte. Dès le début de 1915, ministre, administrateurs et médecins avaient entrepris la lutte et opposaient à l'invasion vénérienne une série de mesures, perfectionnées avec le temps, dont l'ensemble mérite d'être rappelé.

Ces mesures peuvent être présentées sous quatre chefs, correspondant aux quatre préoccupations dominantes du Service de Santé :

1° L'organisation des services et des centres ;

2° La nécessité des diagnostics rapides, à la fois cliniques et expérimentaux ;

3° La nécessité des traitements intensifs ;

4° L'organisation de la prophylaxie.

* * *

I. *Organisation des services et des centres, aux armées et à l'intérieur.* — La nécessité de services plus étendus, soumis à des règlements plus sévères, sous des directions plus compétentes et plus spécialisées, se fit sentir dès les

premiers mois de la guerre. Déjà, en février 1915, une circulaire du Ministère de la Guerre jetait le cri d'alarme, donnant, sous le couvert de la loi sur l'état de siège, pleins pouvoirs aux chefs militaires pour faciliter les hospitalisations. De juillet 1915 date l'organisation dans les armées de services dirigés par des médecins spécialistes, destinés à empêcher l'immense exode à l'intérieur des vénériens rapidement curables. Dans un sens plus général, une circulaire de M. le Sous-Secrétaire d'État Godart (5 janvier 1916) prenait les mesures définitives, à la fois administratives, thérapeutiques, et prophylactiques que rappelait et complétait la circulaire du 25 septembre 1916, laquelle, sauf quelques détails, nous a régi jusqu'à l'armistice.



Photo Antiquaille, Lyon.

VASTE ULCÉRATION SYPHILITIQUE TERTIAIRE CIRCINÉE DU THORAX

Sous cette impulsion venue d'en haut, chacun dans sa sphère, étendue ou modeste, se mit à l'œuvre.

Aux armées, ce ne fut pas chose toujours facile. Car les malades abondèrent de suite en grand nombre, dépassant les prévisions les plus pessimistes. Et d'autre part rien n'était prêt pour ces nouvelles organisations. Il fallut adapter à leur destination uro-vénéréo-dermatologique des casernes, des baraquements d'ambulance, de vieux couvents, des manèges et des masures de cantonnement. On verra dans les travaux de Bodin, Viry, Carle, Rousseau, Lévy-Bing, Pasteau, Mallein, etc., dont les originaux ou les résumés sont dans les *Archives de médecine militaire* de 1916 et 1917, bien des preuves des difficultés rencontrées, mais aussi des bons résultats obtenus. Grâce aux efforts de chacun, on peut dire qu'au début de 1916 toutes les Armées possédaient, dans la zone des Étapes, près d'autres centres et d'une gare, un Centre spécialisé, susceptible de recueillir les vénériens dans des conditions de surveillance suffisantes, d'établir des diagnostics rapides sous le contrôle du laboratoire, de les traiter intensivement, et de les renvoyer au plus vite à leur corps, sans passer par l'intérieur. Telles étaient les conditions d'un bon fonctionnement, et les statistiques publiées semblent démontrer que ces Centres ont répondu à leurs indications.



Photo Antiquaille, Lyon.

ULCÉRATION SYPHILITIQUE TERTIAIRE SERPIGINEUSE DU BRAS

A l'intérieur, l'installation était plus facile, mais la question se compliquait, car il fallait songer à la surveillance de la prostitution et aux services annexes. Les hôpitaux des grandes villes, rapidement mis au point, fournirent matière à d'importantes statistiques, publiées par Gaucher, Balzer, Bizard, etc. Dans d'autres agglomérations, il fallut grouper autour des Centres le laboratoire, la pharmacie, les soins dentaires, créer les consultations externes, donner l'habitude des traitements ambulatoires. Tout cela fut fait et fonctionna pour le mieux, dans la plupart des villes, centres ou sous-centres de région. Mais pour l'organisation des consultations d'usines, des services annexes, on se heurta aux difficultés créées par l'imperfection de la loi, aggravées par la mauvaise volonté des uns et l'indifférence des autres. Nous y reviendrons à propos de la prophylaxie.

De ces succès et de ces mécomptes, on trouvera le reflet dans les travaux très complets de Pautrier *(Rapport au Congrès* du 13 juillet 1916)

et de Gougerot (*Annales des maladies vénériennes*, juillet et août 1917), relatifs à l'installation de Bourges et de Tours.

* * *

II. *L'étude des symptômes et la nécessité du diagnostic précoce.* — Il serait difficile que cette guerre eût dévoilé des symptômes bien nouveaux. L'attention des spécialistes a cependant été attirée par le nombre plus considérable des syphilis viscérales précoces, expliqué peut-être par un examen plus serré des malades (Plicque, *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1916), la quantité toujours croissante des syphilis méconnues datant de la guerre ou de l'avant-guerre (Landouzy, *Académie de médecine*, 1916), la fréquence des chancres mixtes (Gaucher), les difficultés du diagnostic de certaines ulcérations dues à la sporotrichose, à la simulation, (Gougerot et Clara), etc.

Nous avons cependant acquis des notions nouvelles et intéressantes sur l'évolution de la *syphilis chez les indigènes de l'Afrique du nord* ; l'absence des chancres *vus*, l'aspect particulier de certaines syphilides, la fréquence des accidents tertiaires ulcéreux, l'action rapide des médicaments, la question des complications nerveuses, autant de points obscurs que le passage des Marocains dans nos services a permis d'éclairer. Je crois avoir ouvert sur ce sujet, avec Bourcart, la série des travaux en mars 1917 dans les *Annales des maladies vénériennes*, suivi par Lévy-Bing (août 1917), Montpellier (décembre 1917), et Lacapère dans ses articles du *Paris Médical* parus en 1917 et 1918.



Photo Gougerot-Clara.

TRÈS GROSSE GOMME SYPHILITIQUE ULCÉRÉE DE LA CUISSE DROITE A LA SUITE DE CONTAGION : BOURBILLON ÉNORME

Tout d'actualité également sont les travaux concernant *l'action de la syphilis sur les plaies de guerre* ou réciproquement. Cette action paraît démontrée par les articles de Toussaint sur la localisation de la syphilis osseuse à la suite de coups de feu (*Société de chirurgie*, 1916) et le réveil du microbisme syphilitique latent dans les plaies par armes à feu (*Annales de Vénéréologie*, 1916), de Borg (Syphilis et plaies de guerre), de Lacapère (l'action du traumatisme sur les localisations syphilitiques).

Enfin, les *difficultés du diagnostic des ulcérations de la verge* ont apparu, bien plus grandes qu'on ne le soupçonnait. Sous l'influence des fatigues, des contaminations multiples, des infections, le chancre perd ses caractères classiques et affecte les aspects les plus déconcertants. Ceci a été dit récemment par Bodin (*Paris Médical*, 1918) et ne saurait être trop médité par les jeunes spécialistes.

Aussi le *laboratoire* fut-il souvent consulté, d'où la nécessité comprise par tous, de son installation dans le centre ou à proximité du centre. Le microscope nous fut bien utile dans ces diagnostics délicats. Quant à la réaction de Bordet-Wassermann, il apparut de façon certaine qu'il ne fallait pas se fier aveuglément à ses indications. Toujours intéressants lorsqu'ils sont obtenus par un authentique préparateur, employant les vraies méthodes, les résultats deviennent bien imprévus entre les mains des partisans de procédés trop simplifiés, dont l'emploi était souvent expliqué par les difficultés de se procurer les produits frais, antigènes, sérums ou globules. En somme, pour nombre de cliniciens, ces expériences ont surtout mis en lumière les délicatesses et les difficultés de ces procédés d'analyse, et aussi la nécessité de les interpréter. (Hudelo, *Paris Médical*, 1918).

Avant d'abandonner ce sujet, signalons un article de Lévy-Bing (*Annales de Vénéréologie*, mars 1918), qui signale la constance des réactions positives au quarante-cinquième jour qui suit la contamination. Prendre, quand on le peut, cette date comme point de départ, est une notion nouvelle, digne d'étude et de contrôle.

* * *

III. *Les traitements intensifs et rapides.* — Toute la thérapeutique vénérienne de guerre a été dominée par la nécessité des traitements intensifs, autant pour diminuer les chances de contagion que pour rendre l'homme au plus tôt à son affectation.

1° La *blennorrhagie* a largement bénéficié de cet état d'esprit. Le nombre des malades et l'impossibilité d'encombrer trop les services nous ont obligés, presque toujours, à renoncer à la méthode expectative, dont les minuties étaient incompatibles avec la mentalité de la plupart des malades. Dans presque tous les centres, on a

employé les traitements antiseptiques immédiats, soit en injections, soit en grands lavages. Moyennant certaines précautions et quelque surveillance personnelle, l'on s'est aperçu que la période aiguë en était singulièrement écourtée et la guérison bien souvent plus rapide, sans risques plus grands de complications. Avec la majorité de mes confrères, je crois que cette tendance est un progrès et qu'elle restera.

2° *Le chancre mou* est toujours la honte de notre spécialité ! Il occupe, dans toutes nos statistiques de séjour, le délai maximum. Chaque année voit éclore quelque nouvel antiseptique, quelque nouveau mode de lavage des ulcères ; mais je crois qu'on a rarement écourté sa durée, quand il est bien authentique. Bien heureux quand le bubon ne se chancrellise pas, malgré toutes les précautions ! On trouvera la liste des procédés proposés et leur appréciation dans un article de Jambon. *(Annales des maladies vénériennes*, 1918.*)*

3° La *syphilis* nous a trouvés armés de toutes pièces et l'on a le devoir d'être reconnaissant à ceux qui, depuis vingt ans, ont préparé les traitements intensifs. Que serait-il arrivé si nous avions eu les seules pilules comme moyen de défense ! Car, en cette affaire, la thérapeutique immédiate et intensive n'est-elle pas la meilleure de toutes les prophylaxies ?

Parmi *les préparations mercurielles*, les sels solubles ont réuni la presque unanimité des suffrages ; les plus employés sont le biiodure et le benzoate ; plus rarement le cyanure, réservé pour la voie intra-veineuse. Le calomel et l'huile grise sont un peu oubliés. Signalons parmi les préparations nouvelles, la solution de benzoate de mercure de Bory (juin 1917) pour injections intra-veineuses, et l'association de soufre et mercure colloïdal, présenté par Loeper, Bergeron et Vahram (*Progrès Médical*, janvier 1917).


Photo Antiquaille, Lyon.
CHANCRE SYPHILITIQUE DU POUCE

Les *préparations arsenicales* ont été largement et couramment employées par tous. Le néoarsénobenzol que nous employons n'est plus le sel toxique, insoluble, et variable que les laboratoires allemands nous livrèrent autrefois. Les accidents sont insignifiants et l'emploi de l'adrénaline, depuis longtemps recommandé par Milian dans les rares crises nitritoïdes encore constatées (*Paris Médical*, 1918) est le plus notable progrès accompli à cet égard. Le néoarsénobenzol est le plus utilisé, suivi par le galyl. Comme nouveau-né de la guerre, signalons le luargol, ou sel de Danysz, arséno-benzol stabico-argentique, recommandé par Renault, Hudelo, Emery, Lévy-Fraenkel. Cet exposé comparatif des procédés thérapeutiques a été complètement fait dans le rapport de Cl. Simon à la réunion du Val-de-Grâce, en juillet 1917.

De la lecture de l'abondante littérature médicale qu'a fourni ce sujet, deux notions ressortent :

a) *L'excellence des résultats donnés par les traitements mixtes* (Jeanbrau) ou *conjugués* (Favre et Longin) ou *simultanés* (Ravaut), c'est-à-dire des cures arsénico-mercurielles faites en même temps sur le même sujet, les unes sous forme d'injections intra-veineuses, les autres en injections intra-musculaires. Cette pratique était déjà celle de quantité d'entre nous. L'expérience de la guerre a démontré définitivement que l'une de ces médications ne contrariait pas l'autre, et que l'on obtenait ainsi les résultats les plus rapides et les plus durables.

b) *La nécessité absolue de prolonger les traitements pendant les délais classiques* et de ne pas croire trop facilement aux guérisons définitives, quelles que soient les apparences, quels que soient les Bordet-Wassermann. Les traitements dits intensifs sont simplement dangereux s'ils sont irréguliers, écourtés, ou oubliés, sous prétexte qu'il n'y a pas d'accidents. Il faut traiter la maladie aussi longtemps qu'autrefois. La réunion sous les drapeaux de malades venant de toute la France a permis d'établir de solides statistiques (Gaucher, Landouzy, Jeanselme, Carle et Carrère, etc.) démontrant péremptoirement que les accidents éloignés arrivent comme par le passé, plus vite peut-être, si ces traitements intensifs ne sont pas, en même temps, réguliers et prolongés pendant deux ou trois ans au moins.

* * *

IV. *La prophylaxie.* — Si la défense thérapeutique était prête, la prophylaxie ne l'était pas. Il est impossible d'imaginer législation plus incomplète et plus boîteuse que celle qui nous régit à cet égard depuis plus de cent ans. Circonstance aggravante, rien n'avait été fait jusque-là pour améliorer la situation : car les textes sur lesquels repose toute l'organisation actuelle sont si fragiles qu'à les toucher on risque la chute de tout l'édifice. Et la reconstruction paraît malaisée aux plus intrépides législateurs !

Vint la guerre. Il fallut bien reconnaître que le péril vénérien menaçait l'armée dans ses effectifs, la nation dans

sa santé, la race dans son avenir. Sous cette impulsion, et sous le couvert de la loi sur l'état de siège, on put négliger les anciennes ordonnances, et oublier les vieilles querelles d'école. Les ministres et les chefs d'armée prirent un ensemble de mesures excellentes, bien coordonnées, suffisamment sévères, auxquelles on eût pu seulement souhaiter une plus stricte application. Je crois devoir les rappeler. On les trouvera, exposées avec tous leurs détails, dans les rapports officiels présentés en 1916 et 1917 aux Congrès des Médecins vénéréologues au Val-de-Grâce, par Vedel, Pautrier, Gougerot, Nicolas pour tout ce qui concerne les dépôts, les services annexes et les usines ; par Spillmann, Carle, pour la prophylaxie dans les camps et les armées *(Archives de Médecine militaire)*.

Laissant de côté l'énumération chronologique. Voyons, en présence du problème à résoudre, quelles solutions furent proposées, et appliquées.

En premier lieu, on a fait de la *prophylaxie individuelle*, la plus urgente et la plus simple. Il fallait instruire la foule des jeunes, qui, arrachés prématurément à leur famille, étaient des victimes toutes désignées pour les tentations. Et combien d'anciens ont également pu profiter de ces mêmes instructions ! A tous ceux qui pouvaient arguer de leur ignorance, il fallait apprendre l'existence des maladies vénériennes, leurs dangers réels, leur répercussion sur l'avenir et sur la race, en même temps que, dans la mesure du possible, on les instruisait des aspects si variés sous lesquels elles se présentent et des précautions que chacun doit prendre pour y parer.



Photo Antiquaille, Lyon.

SYPHILIDE VÉGÉTANTE TRICOPHYTIQUE DU MENTON

La multiplication des conférences et des imprimés mis à la disposition des hommes a été le premier résultat de ces nécessités. Il n'est pas un de nous qui n'ait été appelé à répandre autour de lui les bons conseils ou qui n'ait rédigé, à la demande de ses chefs, les opuscules prophylactiques. Le Sous-Secrétariat du Service de Santé a donné l'exemple de cette distribution. Même en dehors des centres et des services spéciaux, dans les bataillons, dans les camps, dans les dépôts, dans les usines, des conférences ont été instituées, et bien rares sont ceux qui n'ont pas été prévenus.

On a beaucoup ergoté sur l'utilité de ces conférences. En cette affaire, le scepticisme est facile, car cet enseignement comporte, d'une part, des conseils de morale, d'autre part, des détails quelquefois scabreux de prophylaxie individuelle, double écueil entre lesquels il faut évoluer avec quelque légèreté. Malgré sa délicatesse et son apparence dogmatique, cet enseignement global nous semble de toute nécessité. Rien n'empêche d'ailleurs de le compléter par les conseils individuels aux hommes que le service ou la maladie mettent en contact avec nous.

Citons enfin les efforts faits par M. le Sous-Secrétaire d'État Mourier pour implanter chez nous les abris prophylactiques tels qu'ils existent chez les Américains. (Circulaire de Septembre 1918). Nous espérons que l'état de paix ne fera pas oublier cette initiative, qui, avec quelques modifications pratiques, est susceptible de donner, pour la prophylaxie civile, d'intéressants résultats.

En second lieu, on a fait de la *prophylaxie réglementaire*. Il fallait prémunir les hommes contre leur ignorance, contre leurs propres imprudences, et contre celles de leurs voisins, protéger la partie saine de la population et limiter le mal. A cette préoccupation ont répondu la reprise et l'aggravation des circulaires de 1904 et 1907, prescrivant les visites bi-mensuelles dans des conditions déterminées, l'examen de tous les permissionnaires, à l'aller et au retour, des hommes de renfort et des recrues ; on a prévenu les hommes mariés du danger de leur état pour leur famille, on a interdit les ustensiles communs, le quart, la pipe, etc. Et l'on a supprimé toute apparence de punition ou de rigueurs pour les victimes, plus malchanceuses que coupables, de leur virilité.

En troisième lieu, *prophylaxie médicale :* multiplication des services spéciaux, des consultations, traitements intensifs et ambulatoires, traitements d'entretien, imprimés distribués aux malades pour les fixer eux-mêmes sur leur état : autant de bonnes mesures dont j'ai déjà parlé à propos de la thérapeutique.

En quatrième lieu, *prophylaxie administrative*, comprenant l'ensemble des dispositions, arrêtés ou règlements, pris soit par l'autorité militaire seule, soit en collaboration avec les pouvoirs civils, autant pour atteindre la prostitution dans sa source et protéger le soldat lui-même que pour empêcher la propagation de la maladie dans la population.

Cette œuvre de préservation était triple : il fallait dépister la prostitution, la refréner, l'assainir.

Comment tarir les sources de la prostitution ? C'est le point le plus nécessaire, mais aussi le plus délicat.

Les déclarations des hommes, spontanées et soigneusement contrôlées, ou amenées par l'interrogatoire médical,

permettent de faire quelques découvertes, après envoi, comme il est prescrit, au commandant d'armes de la Place, qui ordonne la visite de la personne soupçonnée. D'autre part, les circulaires de juillet 1915 et janvier 1916 ont autorisé toutes les mesures permettant de dépister les lieux où s'exerce la prostitution, de surveiller les débits de boisson, cafés, hôtels meublés, etc., et de s'entendre, à ce point de vue, avec les autorités chargées d'assurer la police des mœurs.

Ces mesures sont excellentes et ont donné dans les Armées des résultats appréciables. Deux points les rendent insuffisantes : d'abord la difficulté de l'entente, surtout à l'intérieur, avec les pouvoirs civils qui persistent trop souvent à vivre selon les vieux errements; et aussi l'apparition, à côté des prostituées professionnelles, de toute une catégorie de « prostituées de guerre », que le besoin, les circonstances ou le mauvais exemple ont poussées dans cette voie. Or celles-ci, qui étaient les plus nombreuses dans la zone des Armées, avaient généralement une profession apparente avouable, derrière laquelle elles étaient à l'abri de toute inquisition militaire ou policière.

Il faut cependant reconnaître les louables efforts faits pour réfréner ce flot toujours montant. L'autorité militaire a souvent exercé le droit, donné par les circulaires ministérielles, de faire fermer les cafés ou établissements louches, de faire examiner telles femmes suspectes, de les faire traiter ou expulser. On a consigné à la troupe des maisons, des hôtels, des quartiers entiers. Les noms des femmes atteintes et contagieuses, remis à la Prévôté, étaient communiqués aux chefs de cantonnement au fur et à mesure du passage des troupes — ainsi que ceux de la population flottante, nouvelles arrivantes, réfugiées, etc. (Circulaire du G. Q. G., 1916.)

Ces mesures, rigoureuses, mais rendues nécessaires par les circonstances, corroboraient les prescriptions du Ministère de l'Intérieur (2 février 1915) : « Les maires ont le droit d'ordonner l'inscription d'office des clandestines, d'empêcher le racolage, le stationnement en certains points désignés, et d'obliger les récidivistes au traitement. En cas de négligence, les Préfets peuvent se substituer à la municipalité. » Voilà qui est précis et qui complète, pour le mieux, le texte un peu vague de la loi municipale de 1884; seulement ce n'est qu'une lettre ministérielle !

Enfin les circulaires de M. le Sous-Secrétaire d'État Godart, en mars et septembre 1916, ont réglé les conditions du traitement des prostituées et des malades de ville dans les services annexes créés à cet effet. La collaboration des médecins militaires et civils, soit pour le traitement, soit pour le contrôle, y est spécifiée avec tout le soin nécessaire, ainsi que les précautions à prendre pour ne pas donner à ces consultations une inutile publicité.

Tel est, d'un rapide coup d'œil, l'ensemble de ces mesures, dont on trouvera les détails dans les circulaires précitées, et la discussion ainsi que l'utilisation d'après-guerre, dans la série d'articles publiés par Gougerot en 1918. Il sera utile de compulser ces textes; d'abord parce qu'ils constituent un code de prophylaxie complet, quelquefois trop sévère, mais adapté aux nécessités du moment; ensuite parce qu'il est à souhaiter que, après la guerre, ces édits, nés sous l'influence des circonstances, ne soient pas complètement oubliés. Si plusieurs d'entre eux, d'ailleurs trop militaires, ne sont pas conciliables avec notre mentalité, du moins pourra-t-on conserver, à côté de l'esprit de surveillance raisonnable qui les anime, toute la partie médicale, qui a donné à la thérapeutique la part qu'elle a le droit de réclamer dans la prophylaxie. Mais pour que ces mesures produisent leur plein effet — ce qu'elles n'ont pu faire jusqu'à présent — il faut que nos législateurs leur donnent, enfin, une base solide, sous forme d'une loi précise et définitive, limitant et renforçant du même coup les attributions de tous ceux, administrateurs, juges et médecins, qui devront participer à son application.

Dr CARLE,
de Lyon.

LA LUTTE CONTRE LES GAZ DE COMBAT

Grâce à sa puissante organisation, la science allemande, complice des crimes impériaux, a été, dans l'agression préméditée et durant quatre ans et demi, l'aide la plus précieuse du Grand État-Major allemand.

La chimie allemande, surtout, disposant d'usines considérables, de nombreux laboratoires, de ressources illimitées et d'un personnel important que la guerre avait laissé à ses travaux, préparée de longue date à l'œuvre qu'on attendait d'elle, s'est ingéniée à rendre plus infernale encore une lutte dans laquelle il était convenu qu'on ne s'embarrasserait point de doctrines humanitaires. Parmi ses inventions les plus barbares, celle des *gaz de combat*, ou des *liquides enflammés* restera la plus cruelle.

Au mépris des conventions de La Haye, une arme nouvelle était introduite qui devait blesser et tuer de la façon la plus douloureuse; projetés en nappe ou portés au loin par des obus spéciaux, les gaz de combat allaient faire de terribles ravages dans nos armées. C'est le 22 avril 1915, sous Ypres, que les premières nappes gazeuses submergent les vaillantes troupes britanniques sur un front de dix kilomètres et atteignent aussi nos braves territoriaux; ce fut la première surprise. La seconde devait avoir lieu le 22 juillet 1917 : à cette date, l'artillerie allemande, expérimentant les bombardements à l'ypérite, mettait hors de combat un nombre alarmant de nos soldats; satisfaite des résultats obtenus, elle ne pense plus qu'à en intensifier l'usage, et le 21 mai 1918, lors de la terrible attaque du front anglais, elle détruit par l'ypérite sur un front de quarante kilomètres et sur une grande profondeur, le personnel des batteries anglaises et des formations d'infanterie. On sait ce qui faillit en advenir.

* * *

La combustion des poudres de guerre, la déflagration des explosifs modernes (projectiles, charge de mine) donnent naissance à des gaz toxiques : un kilo de tolite, de trinitro-toluène peut dégager de 600 à 800 litres d'oxyde de carbone, qui est à vrai dire, de tous les gaz formés, le seul nocif. A l'oxyde de carbone peuvent s'ajouter, en proportions trop minimes pour être réellement toxiques, des vapeurs nitreuses, de l'acide cyanhydrique, de l'hydrogène phosphoré ou arsenié. Ces *gaz d'explosion* se différencient des *gaz asphyxiants,* qu'on s'accorde à appeler plus logiquement *gaz de combat,* parce que l'asphyxie n'est qu'une des modalités de leur action.

Les gaz de combat comprennent de nombreuses variétés dont l'emploi était méthodiquement réglé. Sous forme de nappes successives ou de nappes combinées à un jeu de projectiles divers, des mélanges complexes étaient envoyés. Tour à tour et selon le but poursuivi, le choix se fixait sur des substances dont l'action violente et brutale était à même de déterminer l'effet de surprise ou de terreur escomptés, ou, par un raffinement qui ne saurait surprendre, sur celles dont l'innocuité initiale apparente, pour ne pas provoquer l'emploi immédiat du moyen de protection, laissait tout loisir à l'intoxication lente et retardée de poursuivre ses ravages.

On a distingué ces gaz, d'après leur action prédominante, en *gaz suffocants* (composés chlorés, oxychlorure de carbone, palite, surpalite, etc.) ; *gaz irritants,* à effets lacrymogènes (bromure de benzyle au début, et plus tard cétones bromées), ou à effets sternutatoires (arsines chlorées etc.) ; *gaz vésicants* dont le type est le sulfure d'éthyle dichloré (ypérite) ; *gaz toxiques* (acide cyanhydrique).

A vrai dire, c'est là une distinction quelque peu théorique, car nombre de ces gaz, selon le degré de concentration, peuvent avoir aussi des effets irritants (lacrymogènes) ou suffocants, parfois asphyxiants et toxiques.

Les procédés d'attaque par gaz furent de deux ordres :

1° — Émission de *nappes* ou de *vagues,* surtout pour les composés chlorés associés ou non à l'oxychlorure de carbone, vagues claires ou opaques additionnées de fumigène. Ce fut l'attaque d'Ypres, dans la nuit du 22 au 23 avril 1915, qui devait se renouveler nombre de fois en Belgique, en Artois, à la Somme, en Champagne, à Verdun. Si les pertes furent alors sérieuses, elles devaient peu à peu se réduire grâce à l'efficacité des moyens de protection et par l'usage méthodique et bien réglé du masque. Chaque fois que les mesures prescrites furent strictement appliquées, les accidents furent réduits au minimum ; on finit par admettre qu'un régiment où tous les hommes ont leur masque et savent s'en servir ne devrait pas avoir un seul évacué. Sans doute au début les moyens de protection furent imparfaits, mais combien fallut-il de persévérance et d'efforts, pour triompher de l'insouciance du poilu, et aussi parfois de celle de l'officier.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

TAMPONS, MASQUES, LUNETTES.

Les moyens de protection collective ou individuelle étaient d'application plus facile à l'égard des vagues, car le temps de préparation, l'importance des dispositifs à mettre en jeu, les signaux d'ouverture des robinets (fusées rouges ou vertes), la perception des sifflements d'émission, la teinte jaune clair ou blanche d'une vague opaque, la nature du vent éveillent l'attention et permettent l'alerte, surtout à l'heure qui précède l'aube ou aux premières lueurs de la nuit.

Souvent les vagues sont précédées d'un tir d'artillerie, qui est destiné à grouper les soldats en première ligne durant que les bombardements par obus à gaz sont dirigés sur l'arrière. Quelquefois les émissions se suivent à dix ou vingt minutes d'intervalle : deux ou trois vagues sont ainsi lancées. Dans d'autres circonstances et afin de surprendre l'ennemi, une vague de courte durée mais de haute densité, est déclanchée sans préparation.

Ces nappes sont d'autant plus dangereuses que la température est plus basse, le vent plus faible et la densité plus forte ; elles adhèrent alors au sol, détruisant tout sur leur passage, tuant les nombreux rats de tranchée, décolorant les herbes et les feuilles.

2o — Les gaz sont lancés aussi par projectiles. Ces projectiles peu utilisés au début furent d'abord employés avec les vagues. Leur emploi s'intensifia ensuite progressivement au point que le tir d'un nombre considérable d'obus à gaz parvenait à déterminer une véritable vague. Les obus dont une croix de couleur variable (verte, jaune, bleue) permettait de connaître en quelque mesure la composition, étaient de calibres variés (150, 210, plus rarement 105 et 77). A côté des obus, les grenades, les mines devaient également disséminer palite, surpalite, oxychlorure, arsine chlorées.


Photo Musée du Val-de-Grâce.
APPAREIL RESPIRATOIRE.

Le but de ces tirs était surtout de rendre inhabitables les abris souterrains protégés contre les explosifs, d'agir en contre-batterie, ou d'isoler les unités par un véritable barrage de gaz, de vapeurs ou poussières irritantes, suffocantes, vésicantes, ou toxiques, dont les conséquences immédiates ou tardives, quelle que fût l'intensité différente de leur action, étaient toujours sérieuses, souvent graves et parfois mortelles. Sans doute certains d'entre eux, les gaz irritants, paraissaient-ils plus bénins ? Ce fut la raison pour laquelle peu à peu leur emploi se fit plus rare. Quant aux gaz vésicants, dont on put croire un moment que les effets étaient moins sévères parce que moins immédiats, on devait s'apercevoir rapidement qu'ils étaient parmi les plus dangereusement opérants. Il ne s'agissait plus simplement de prémunir la figure, les premières voies respiratoires ou digestives ; toute surface du corps en contact avec les vapeurs était rapidement le siège de brûlures souvent violentes. L'emploi par l'ennemi de l'ypérite en 1917 fut une des causes pour lesquelles il nous fallut différer la reprise des opérations et demander à nos chimistes la découverte d'une formule équivalente. Cette découverte, la chimie allemande estimait que la chimie française ne saurait la réaliser ; la déception fut grande dans l'État-Major ennemi quand, dix mois après le lancement du premier obus d'ypérite, l'artillerie française, par une copieuse riposte, permit à l'armée allemande d'apprécier à son tour les merveilleux effets de leur diabolique initiative.

Je ne veux pas décrire ici les divers accidents dont les gaz de combat furent l'origine : mort rapide, mort tardive, infirmités définitives, après une phase lésionnelle plus ou moins longue et douloureuse ; tel devait être le bilan de l'application inhumaine des données les plus scientifiques.

Comme le projectile normal qui tue et blesse, lorsqu'il atteint un organe essentiel, le gaz tue par inhibition de fonctions primordiales; ainsi agissent les composés chlorés, l'oxychlorure de carbone, en supprimant l'activité fonctionnelle du poumon. C'est la mort foudroyante quand le soldat a été surpris sans le masque. Il blesse et met l'homme hors de combat, car, temporairement ou définitivement, il supprime un organe important ; trouble momentanément la vue (gaz lacrymogènes) ou détermine des troubles respiratoires violents ou des lésions définitives. Il crée, enfin, dans tous les organes qu'il lèse, le lieu de moindre résistance, qui, comme le projectile, facilitera les inoculations ou réinoculations infectieuses.

Il détermine donc au même titre que les autres armes de combat des résultats temporaires ou définitifs qui sont des blessures ou des suites de blessures. Et c'est à juste titre que les gazés furent considérés comme des *blessés* et non comme des *malades*.

* * *

Dès l'introduction de cette arme chimique, le Commandement français, renseigné par des techniciens, en devait comprendre l'ampleur et la gravité.

A l'époque où les Allemands lancèrent leur première vague, aucune organisation n'existait chez nous qui eût réellement prévu l'emploi d'une telle arme et réalisé les moyens de défense qu'il importait de lui opposer. La



ESSAI DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.
Peinture de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).

Direction des Services chimiques au Ministère de l'Armement connaissait bien par des renseignements de sources diverses que les fabrications de certaines usines chimiques des pays centraux prenaient une direction un peu spéciale. Il semble qu'on ait eu l'illusion que l'ennemi ne se résoudrait pas à recourir à de tels procédés ; ne venait-il pas cependant de montrer son respect des traités et des conventions par l'invasion de la Belgique ?

Durant qu'une Commission de savants se livrait à des discussions, un peu trop académiques dans le début, les premiers efforts souffrirent des hésitations et aussi du défaut de communication entre les divers organismes techniques, comme de la dislocation des principaux laboratoires par suite de la mobilisation de leur personnel.

Dès juillet 1915, le Sous-Secrétariat du Service de Santé qui venait d'être créé, à un moment où la question des gaz de combat prenait une acuité considérable et sollicitait toute l'attention de la Direction des Services chimiques de guerre, proposait au Ministère de l'Armement la formation d'une Commission mixte composée de représentants du Service de Santé et de techniciens du Ministère de l'Armement. Cette Commission devait se préoccuper surtout de l'étude des moyens de protection ; mise au courant des résultats obtenus par la Commission s'occupant des moyens d'agression, elle pouvait ainsi coordonner ses efforts. Le rappel des chimistes dans leurs laboratoires, l'activité et le dévouement des maîtres de la Sorbonne, de l'École Supérieure de Pharmacie de Paris, de la Faculté de Médecine de Paris, des Facultés de province, des techniciens appelés au Département du matériel chimique de guerre devaient aboutir à une organisation puissante et démontrer ce que la science française était capable de réaliser sur ce terrain comme sur les autres, grâce à la collaboration et à l'union de toutes les bonnes volontés. Désormais, à l'armée comme à l'intérieur, se constituent des organismes d'étude et d'application qui vont poursuivre la réalisation et le perfectionnement incessant des moyens collectifs et individuels de protection comme la découverte et la mise en jeu de gaz agressifs équivalents à ceux de l'ennemi.

Au Grand Quartier Général, avec le premier bureau, le Service de Santé, représenté par le médecin inspecteur général, puis dans la suite par un médecin du bureau du Service de Santé, centralisera tous les renseignements que la création des centres médico-légaux, en août 1915, va permettre de posséder. Trois, puis cinq de ces Centres sont ainsi formés, dirigés par des médecins et possédant un personnel de pharmaciens et d'ingénieurs-chimistes. Ce sont là comme autant de laboratoires qui vont compléter l'action du laboratoire municipal de Paris, chargé au début de l'étude des gaz toxiques.

Par les médecins chefs de ces Centres, dont les rapports sont également transmis aux services spéciaux du Ministère de l'Armement, et plus tard du Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, le général commandant en chef est désormais instruit des conditions d'attaque, de la nature des gaz et de leurs effets sur les troupes, les animaux, la végétation, des résultats de la protection ou des raisons de non protection. La tâche du personnel de ces Centres, déjà difficile en raison de l'évolution incessante des moyens agressifs ou des procédés de préservation, va d'ailleurs chaque jour s'accroître ; leur science, leur zèle, leur dévouement suffisent à tout. C'est ainsi que le commandement les charge de la vérification des moyens de protection, de l'interrogatoire des prisonniers au sujet des attaques par gaz, de l'instruction des hommes et des officiers. Ils viennent fréquemment à Paris, se mettent en contact avec les organismes successivement spécialisés (section de protection de l'inspection des études et des expériences chimiques, Commission de thérapeutique des intoxications par les gaz), et là, sous la direction de techniciens, des conférences ont lieu, à la fois théoriques ou pratiques, où le problème des gaz de combat, de leur nature, de leur propriétés, la description des symptômes d'intoxication et l'établissement des règles de premier secours et de traitement, l'étude des procédés de protection collective et individuelle et de leur valeur sont successivement abordés, comme aussi expérimentés. Ainsi se crée entre les divers organes une union étroite ; ainsi s'accomplit l'œuvre vitale de la mise au point incessante, de l'efficacité croissante de la lutte médicale.

Puis, durant que l'armée perfectionne chaque jour l'organisation de ses services sous la direction de l'I. G. A,



Tableau de A. Barrère (Musée du Val-de-Grâce).

LES YPÉRITÉS



qui va assumer toutes les responsabilités, des officiers Z^P ou Z^A sont spécialisés aux états-majors d'armée, de corps d'armée, de division, et vont jusqu'au régiment remplacer les officiers de protection; le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé crée une section spéciale des gaz; la Commission supérieure du Service de Santé militaire ne cesse de se préoccuper de cette angoissante question.

Les limites de cet article ne me permettent pas de dire toutes les transformations, tous les rouages d'une telle organisation. J'ai voulu seulement indiquer pourquoi et comment, après les tâtonnements du début, furent réalisés des moyens de protection et de lutte dont l'efficacité ne se trouvait guère limitée que par le défaut d'application des mesures prescrites

Le *masque* est le plus sûr des moyens de protection individuelle contre les produits toxiques. Les premiers, les Allemands en montrèrent l'utilité, obligés qu'ils étaient de se préserver eux-mêmes contre le retour des gaz, que le moindre caprice du vent pouvait rejeter sur eux. Chez eux comme chez nous les masques du début, de fabrication quelque peu primitive, se perfectionnèrent. La création incessante de gaz nouveaux imposait à chaque instant une nouvelle formule de défense. Peu à peu les masques allemands, comme les masques employés par nos armées et les armées alliées, arrivèrent à se ressembler; les leçons d'une même expérience, les renseignements fournis par la capture des appareils devaient conduire à une sorte d'imitation réciproque. Les modèles qui servaient à nos soldats à la fin de la guerre, pour avoir pris une forme similaire, l'emportaient cependant sur les appareils ennemis. Mis rapidement dès la première alerte ou le premier obus toxique, ils avaient une action protectrice durable, n'apportaient aucun obstacle à la respiration, ne provoquaient pas l'essouflement, permettaient au chef de donner des ordres; l'on était loin de la première ébauche de protection des voies respiratoires par la compresse imbibée d'une solution d'hyposulfite ou de carbonate de soude.

En dehors de ces appareils de protection individuelle auxquels, dès l'usage de l'ypérite, devaient s'ajouter des procédés de préservation du corps tout entier par des vêtements isolants ou imperméables, de nombreux dispositifs de protection furent expérimentés et appliqués contre les vagues et pour les abris.

Ici encore ce furent au début les moyens primitifs et imparfaits des feux de paille, des ventilateurs. Puis rapidement l'on comprit l'importance de la clôture soigneuse, du calfeutrage par des toiles et portières imperméables ou imbibées de substances absorbantes ou neutralisantes des abris collectifs, dont l'aération était assurée par des surfaces filtrantes ou des filtres chimiques de grande capacité.

* * *

Durant que s'établissaient ainsi les règles générales de prophylaxie contre les gaz de combat, se dégageaient peu à peu les formules d'une organisation capable de permettre le traitement rapide et efficace des soldats qui avaient eu à subir leur action. Ici il importait surtout de lutter de vitesse, de soustraire dès lors le plus tôt possible et par les moyens exigeant le minimum d'efforts de la part du blessé, le gazé à l'atmosphère dangereuse; de faire, ce qui n'était pas toujours simple lorsqu'il s'agissait de tirs combinés d'obus de diverses compositions, un diagnostic précis et précoce; d'aboutir à un triage attentif et à une évacuation dont la direction était en quelque mesure subordonnée à la nature et à l'intensité des effets toxiques. Il fallut enfin créer des centres de traitement où pourrait être supprimée aussi rapidement que possible l'action du toxique, où seraient traitées les lésions qui en étaient la conséquence: toutes mesures dont l'influence était d'autant plus grande que l'application en était plus immédiate.



Photo Boyer.

ARTILLEURS FRANÇAIS MUNIS DU MASQUE " CAGOULE ".

Postes de secours, centres de triage, formations sanitaires spécialisées, sections mobiles spéciales de lavage et de désinfection furent ainsi organisés, qui comportaient, avec le dispositif de protection collective, le matériel, les médicaments nécessaires en vue d'une thérapeutique d'urgence, d'un traitement d'attente, ou d'un traitement médical complet et continu.

Le traitement qu'il convient d'appliquer diffère sans doute selon la variété des gaz et c'est pour cette raison qu'il importe, en se basant sur les notions étiologiques, sur des commémoratifs contrôlés, sur



LA THÉORIE SUR L'APPLICATION PRATIQUE DU MASQUE.
Peinture de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).

les signes immédiats, sur les localisations lésionnelles, d'aboutir à un diagnostic rapide.

Contre l'intoxication par l'oxyde de carbone, qui se peut rencontrer surtout dans la guerre de mines, l'immobilité de l'intoxiqué reste nécessaire : l'administration précoce d'oxygène s'impose, administration qui, même chez un malade en état de syncope respiratoire, peut être assurée par des appareils automatiques ingénieux ; de même la transfusion du sang, désormais si simplifiée qu'elle peut être réalisée dans les postes de secours avancés.

Contre les gaz suffocants, le repos, l'oxygène, la saignée sont également des moyens essentiels. Il faut, avant tout, lutter contre la crise d'œdème pulmonaire, contre l'asphyxie, sans préjudice des médications qui peuvent soutenir le cœur ou calmer les souffrances.

Quant aux traitements que l'on a considérés un moment comme susceptibles de neutraliser dans l'organisme les gaz nocifs (injections ou inhalations d'hyposulfite de soude, inhalations ammoniacales, injections de térébenthine, abcès de fixation), ils devaient se montrer inutiles. Les alcalins, qui sont à l'égard des gaz suffocants des médications purement symptomatiques, comportent, au contraire, pour le sulfure d'éthyle dichloré (ypérite) une action presque spécifique. Des mesures spéciales, tant au point de vue prophylactique que thérapeutique, s'imposent à l'égard de ce dernier, qui, au contraire des gaz suffocants, ne provoque aucun réflexe de défense. Nous avons vu que ce gaz, d'action plus tardive et plus sournoise que les autres, qui ne se révèle que par une odeur de moutarde ou d'ail, peut persister pendant plusieurs jours dans une région qui a subi l'imprégnation et constituer une zone dangereuse permanente ; que l'une de ses propriétés est de léser plus ou moins grièvement, de brûler toutes les parties du corps avec lesquelles il peut entrer en contact directement ou par l'intermédiaire des vêtements qu'il imprègne.

Dans ces conditions et pour arriver à supprimer l'action du produit vésicant, le déshabillage complet, l'envoi des vêtements aux sections de nettoyage pour lavages spéciaux ou désinfections, le lavage attentif avec de l'eau tiède savonneuse ou une solution alcaline des muqueuses et de la peau de l'intoxiqué, qui, après essuyage complet, sera revêtu de linge et de vêtements propres, sont des mesures de prophylaxie urgente. Le traitement devra ensuite se préoccuper des accidents oculaires ou cutanés, des troubles intestinaux, profiter pour les prévenir ou les limiter de la période silencieuse durant laquelle l'ypérite n'a pu déterminer ses effets ; de même il devra viser la protection contre les lésions infectieuses pulmonaires secondaires, que l'ypérite favorise.

Pour faciliter le transport du matériel et des substances nécessaires à la lutte ou au traitement contre les gaz toxiques, de nombreux dispositifs ont été créés, notamment sous forme de paniers, adaptés au traitement sur place dans les postes de secours ou dans les sections Z, ou encore dans les usines, dans lesquelles les fabrications d'explosifs ou de gaz toxiques exposent à des accidents que l'on ne saurait passer sous silence.

Par ailleurs, l'organisation *des postes de secours* sera telle qu'elle permettra de donner les soins d'urgence, (intoxication par oxyde de carbone, actions initiales des autres gaz) avant de décider du transport ou du retour au front. Une réserve de masques assez importante sera constituée pour le cas où le poste de secours est envahi par les gaz ; de même, une réserve de vêtements imperméables en toile huilée, de gants en même substance ou en caoutchouc, de sacs en toile huilée pour le transport des vêtements imprégnés d'ypérite.

Des doubles portes ou des doubles toiles assureront le calfeutrage hermétique du poste de secours, dont la ventilation se fera par les filtres de terre ou caisses filtrantes ; l'appareil de Vermorel (avec solutions d'hyposulfite de soude ou de carbonate de soude) permettant d'agir contre les gaz chlorés ; le chlorure de chaux sec en abondance pouvant servir contre le sulfure d'éthyle dichloré.

Le centre de triage, ou doit s'exercer une des fonctions les plus délicates et les plus importantes, ne sera pas un centre de traitement, bien qu'il soit nécessaire de le doter de tous les moyens permettant de relever les forces du malade ou de lutter d'urgence contre certains symptômes ; il sera surtout un organe de sélection et d'évacuation. En liaison étroite avec les magasins d'armée, son fonctionnement sera assuré par une entente absolue entre le Service de l'Intendance et le Service de Santé, entente nécessaire. Parce qu'il est destiné surtout au lavage des vésiqués ou des

autres gazés, il comportera des salles de déshabillage, de lavage et de réhabillage, et devra disposer d'une grande collection d'effets. En ce Centre seront déterminés le diagnostic de la forme d'intoxication et de la nature du gaz toxique : à la suite de quoi sera décidée la direction que devra prendre le gazé.

Le soldat peu atteint (gaz vésicants) pourra séjourner dans les hangars placés à côté de la station de triage; victime au contraire d'une atteinte plus sérieuse il sera envoyé à la formation sanitaire spécialisée, et tandis que ses vêtements légèrement imprégnés seront facilement nettoyés, ses vêtements fortement souillés seront dirigés sur les sections spéciales mobiles de buanderie et de séchoir que, dès 1918, le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé avait créés en vue surtout de lutter contre les gaz vésicants. De même pour ce qui est des gaz suffocants, une atteinte légère légitimera le séjour dans certains services de la station, un cas grave comportera l'évacuation sur la formation sanitaire spécialisée.

L'évacuation devra toutefois être aussi rapide que possible, dans la position couchée s'il s'agit de gaz suffocants ou de cas graves d'ypérite, dans la position assise, au cas contraire. Un billet spécifiant la nature du gaz, des accidents observés et traités, accompagnera le soldat.

Reste enfin la *formation sanitaire spéciale*, dont le personnel médical et infirmier a été choisi en raison de son expérience ou instruit plus spécialement en vue de ses fonctions, chacun ayant une tâche déterminée, ce qui dans les périodes d'affluence assure un rendement meilleur. Cette formation sanitaire, qui dispose de tout le matériel thérapeutique indispensable et des dispositifs permettant notamment l'administration collective d'oxygène dans des salles bien aérées, est composée de départements multiples (pavillons ou salles) consacrés au traitement séparé des cas graves ou légers, des diverses intoxications (salles pour soldats atteints par gaz suffocants ou vésicants, salles d'isolement pour soldats gazés présentant des complications infectieuses).

Telles furent les grandes lignes des organisations prophylactiques et thérapeutiques auxquelles put aboutir le merveilleux et dur effort d'improvisation de nos savants comme de nos techniciens civils et militaires. Ce que je viens d'en dire ne saurait toutefois donner l'idée juste du tour de force que la chimie française a su réaliser dans la France envahie, meurtrie, privée d'une grande partie de ses usines chimiques, de ses laboratoires.

Durant la longue étreinte, Français, Alliés, Allemands luttèrent d'ingéniosité pour arriver aux formules les plus parfaites de protection ou d'agression. Après les tâtonnements, les erreurs, une sorte de parallélisme dans les progrès des deux armées adverses s'établit grâce à l'observation mutuelle que procurent l'interrogatoire des prisonniers, la lecture des documents saisis, la capture des dispositifs d'agression ou de protection. Les mêmes problèmes se discutent presque simultanément et aboutissent à des solutions similaires, provisoires, car les règles dont est faite la doctrine sont elles-mêmes éphémères, et il faut toujours inventer à nouveau.

Il était réservé aux armées françaises et alliées de faire regretter à l'État-Major allemand d'avoir introduit des méthodes de guerre aussi barbares et d'avoir recours à ces méthodes non seulement contre les armées mais contre les populations civiles; nous en pouvons trouver la preuve dans de nombreux documents allemands, notamment dans le rapport de la 2e armée allemande qui, lors des bombardements par les Français durant les nuits des 16 et 17 Juin 1918 avec obus à ypérite, relève le nombre et la gravité des blessures superficielles et profondes des soldats allemands, et reconnaît que nous savons faire un usage parfait des gaz de combat.

Ils nous ont devancés; nous les avons suivis contraints et forcés, et grâce à la collaboration sacrée de tous ceux dont la science était orientée vers les œuvres de paix, nous avons, comme on l'a dit, tenu le coup. Il n'est pas exagéré de dire que, pour avoir éprouvé à son tour les inconvénients de son invention diabolique, l'armée ennemie y trouva l'une des conditions de sa démoralisation terminale. L'ironie du sort, poursuivant la revanche, allait nous donner ce tableau symbolique des armées gouvernementales vaincues, éprouvant sur les populations allemandes révoltées l'efficacité des lances-flammes ou des gaz de combat, « ce témoignage de la haute culture du peuple élu » Nous ne leur disputerons pas le privilège d'une férocité que leur vanité ou leur hypocrisie réclame ou rejette tour à tour ! C'est un point d'histoire que les cours de justice futures pourront juger. Aussi bien, à déchiffrer seulement leurs documents ou à lire leurs discours, on ne saurait s'en faire une opinion exacte :

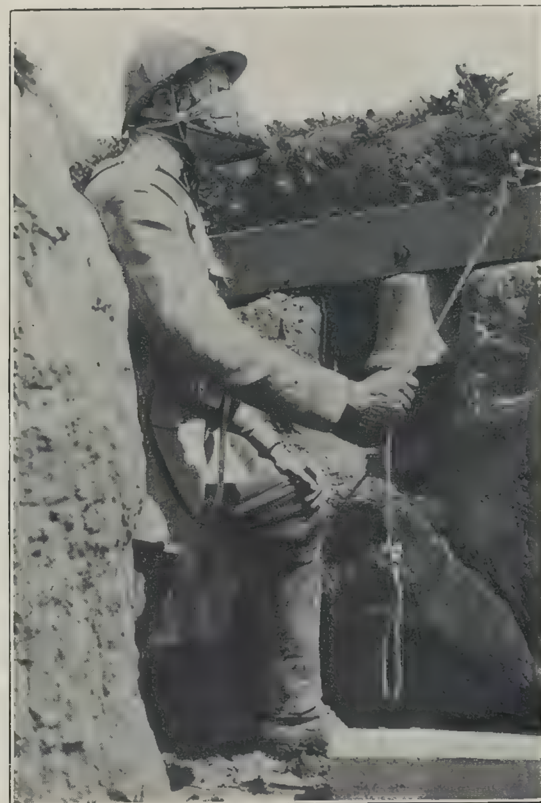


Photo Boyer.

CLOCHE POUR SIGNALER L'ARRIVÉE DES GAZ ASPHYXIANTS.



L'ALERTE AUX GAZ.
Peinture de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).

« Le monde entier, dit le Kaiser avant le printemps de 1915, entendra bientôt parler d'une nouvelle découverte allemande dont notre armée est redevable à nos savants, qui est appelée à jeter la perturbation et la panique dans les camps ennemis et à anéantir plus rapidement nos adversaires ».

Or, le 1er mars 1915, le Communiqué officiel allemand, par un de ces mensonges préventifs dont il a coutume et au sujet desquels nos alliés anglais ne manquaient pas de témoigner leur méfiance, déclare que nous avons fait usage de gaz asphyxiants (ils savaient qu'il ne s'agissait que de gaz d'explosion) et il faut remarquer que c'est seulement à la date du 22 avril 1915 que les Communiqués anglais et français furent à même de parler d'attaques par gaz exécutées par les allemands.

Le 29 avril 1918 le ministre de la guerre von Stein fait au Reischtag la déclaration suivante : « L'usage des gaz ne résulte pas de la présente guerre ; ce sont les Allemands qui s'en sont d'abord servis et les ennemis les copièrent... »

Devant le développement de l'agression par gaz de combat, alors que notre riposte devenait sévère, le Comité international de la Croix-Rouge résolut de proposer l'abandon de ces moyens aux gouvernements des armées combattantes. Et le gouvernement allemand répond « qu'il fut toujours l'adversaire de ce procédé de guerre féroce, qui n'est qu'une *cruauté inutile*... Pour ce qui concerne l'emploi des gaz délétères ou asphyxiants, le Haut Commandement n'a fait exécuter de son côté les attaques par les gaz que lorsque ses adversaires se furent depuis longtemps servis de ce moyen de combat. Le sentiment qu'il avait de sa responsabilité vis-à-vis de ses compatriotes devait naturellement l'empêcher de renoncer pour sa part à un moyen *efficace* quoique cruel, et ceci seulement pour *épargner à ses adversaires les souffrances* que ces derniers jugeaient à propos de faire subir aux Allemands. »

En face de ces affirmations hypocrites et mensongères, rappelons-nous que l'Allemagne a signé les conventions de La Haye du 18 octobre 1907, relisons le *Manuel d'instruction du Grand État-Major* «... sur la nécessité de ne pas s'encombrer de considérations humanitaires, mais plutôt de brutalités dont on ne saurait se passer, la véritable humanité consistant, en l'espèce, à n'avoir pas de pitié » ; relisons l'interview par le *Berliner Tageblatt* du 3 août 1914 d'un général allemand «... Nous avons voulu cette guerre parce que nous l'avons considérée comme nécessaire et nous l'avons menée avec l'idée qu'elle serait d'autant plus courte que nous serions plus énergiques, plus violents, plus impitoyables. »

A dire vrai, dès août 1914, ils avaient projeté de recourir aux gaz asphyxiants, en présivion du cas où la ruée ne réussirait pas, car pour agir au printemps de 1915 il leur avait fallu préparer des approvisionnements considérables de chlore, un outillage de transport et d'émission perfectionnés, une méthode éprouvée : ce qui suppose des mois d'expérimentation et d'exploitation.

Il y a plus encore : la chimie allemande d'avant-guerre, dont les recherches remarquables coopéraient si utilement à la puissance et au succès des grandes usines de produits chimiques, savait, quand elle lançait dans l'industrie la série des corps nouveaux qu'elle avait étudiés, garder le silence sur les substances qui lui paraissaient les plus intéressantes. Ne peut-on présumer qu'elle réservait celles de ces substances qui, inutiles pour les œuvres de paix pouvaient, en raison de leur action dangereuse, servir à l'exécution de leur projet de domination mondiale ?



Photo Boyer.

TAMBOUR ALERTANT LA TROUPE
A L'APPROCHE DES GAZ ASPHYXIANTS.

Durant que la science française dirigeait son effort en vue de compléter notre résistance contre les forces mauvaises, la science allemande songeait à faire de ces moyens de libération un instrument d'esclavage. Alors que les chimistes allemands restaient dans les usines, transformées immédiatement en usines de guerre, les chimistes français, soldats ou officiers, partaient aux armées. Voilà ce que l'histoire établira, lorsqu'elle montrera en même temps la puissance de notre effort d'improvisation et de redressement sur le terrain industriel comme sur le champ de bataille, lorsqu'elle dira la part que la science a prise au salut du pays, et la dette de reconnaissance que la patrie devra acquitter en donnant désormais à ses savants les moyens de travailler pour la paix comme ils ont travaillé pour la guerre.

Dr Pierre TEISSIER,
de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté.

LES TROUBLES MENTAUX DE GUERRE

La guerre n'a pas par elle-même créé ou révélé des troubles mentaux nouveaux et tels qu'ils n'eussent été encore ni connus, ni décrits. Par contre elle a été un moment étiologique unique, prodigieusement riche en circonstances variées et toutes capables de constituer des causes occasionnelles ou déterminantes de troubles mentaux.

Pour la plupart de ces troubles mentaux, la guerre a seulement servi à leur coloration et leur a imprimé des caractères et une allure cliniques assez particuliers pour qu'on ait pu les synthétiser sous le nom de « délires guerriers ». Pour les autres, elle a multiplié les cas avec une telle abondance que même les formes habituellement rares ont pu être, plus minutieusement qu'autrefois, analysées et précisées dans leur mode d'apparition, leur aspect clinique et leur évolution.

Ces deux modes d'effet de la guerre sur les psychoses sont d'importance et d'intérêt très différents. Nous serons brefs sur le premier. Nous nous étendrons au contraire plus longuement sur le second.

Les Psychoses colorées par la guerre

Parmi les psychoses aiguës curables se placent le délire subaigu de l'alcoolisme chronique *(delirium tremens)* et les accès à forme de manie ou de mélancolie de la psychose périodique.

Les alcooliques ont été très nombreux pendant les premiers mois de la guerre. C'étaient presque tous, à ce moment-là, de vieux buveurs, réservistes ou territoriaux, qui avaient particulièrement bu pendant les premiers jours de la mobilisation.

Dans la suite l'alcoolisme sévit avec un peu moins d'intensité, mais néanmoins de façon continue. Circonstance étiologique importante à signaler : l'intoxication fut surtout œnique (due au vin) et survint souvent sous l'influence d'une quantité quotidienne relativement peu importante, et cela en raison des autres facteurs auto ou hétéro-toxiques associés : fatigue physique, surmenage émotionnel, régime carné, etc., etc.

Le délire des alcooliques est surtout un délire d'action à prédominance nocturne, ayant trait aux choses de la profession. Or les hommes avaient pendant la guerre la profession de soldats. Il était donc logique que leur délire portât sur un thème de guerre et qu'il fût un « délire guerrier ». Leurs hallucinations visuelles, au lieu de bêtes hostiles ou de vulgaires criminels apaches, leur montraient des « Boches » imaginaires surgissant tout à coup devant eux. Les conceptions délirantes, à base de frayeur et d'anxiété, leur faisaient croire qu'ils allaient être accusés d'espionnage, traduits en conseil de guerre et fusillés.

Sous l'influence de l'anxiété pantophobique et dans un but de défense, les délirants alcooliques soldats réagissaient souvent en usant de leurs armes contre leurs ennemis imaginaires. Presque toujours on pouvait intervenir à temps. Nous avons eu à examiner cependant comme médecin-expert des délirants alcooliques qui avaient dans ces conditions causé la mort d'un de leurs camarades. On comprend toute l'importance de ces faits au point de vue médico-légal.

Dans la manie, le délire, quand il existe, est un délire ambitieux : rôle imaginaire de chef, port de galons ou de décorations, etc., ou un délire de réformation et d'invention : système pour donner la victoire, ou finir la guerre, construction d'avions ou de canons géants, etc. Lorsque la manie évolue chez des sujets atteints de débilité mentale, le délire est fréquemment mystique : ces sujets se croient inspirés de Dieu, chargés de mission (faux prophètes, nouvelles Jeanne d'Arc, etc..).

Dans la mélancolie, les idées délirantes sont surtout des idées de culpabilité ou d'auto-accusation : les militaires qui en ont été atteints se croyaient souvent coupables d'insuffisance dans leur service, ils s'imputaient parfois la responsabilité d'un insuccès ou même de la guerre et allaient jusqu'à demander leur mise en accusation et leur condamnation à mort.

Parmi les psychoses chroniques non curables nous citerons la paralysie générale, la psychose hallucinatoire chronique et la psychose interprétative chronique.

La paralysie générale ne paraît pas avoir augmenté de fréquence du fait du surmenage imposé à d'anciens syphilitiques par la guerre. Elle ne semble pas avoir d'autre particularité que d'avoir été occasionnellement une *psychose colorée.*

La psychose hallucinatoire chronique est caractérisée surtout par la richesse des hallucinations. Le contenu de ces hallucinations a dans la systématisation et l'activité du délire une importance capitale. Au moyen âge ce contenu était surtout de couleur mystique ou superstitieuse (démonopathie, incubes, succubes, envoûtement, sorcellerie, etc...); au XIX[e] siècle, le contenu avait pris une apparence scientifique (projections d'électricité, de rayons X, d'ondes hertziennes, etc...). La guerre a enrichi ce contenu par l'intronisation des gaz asphyxiants, qui ont pris une place considérable et inconnue jusqu'ici parmi les procédés de torture dont se plaignent les hallucinés chroniques.

A l'égard de la guerre, les interprétants peuvent avoir deux attitudes opposées : où ils la nient purement et simplement; ou, au contraire, ils l'incorporent à leur système délirant et en font leur guerre.

Foville déjà avait rapporté l'histoire intéressante d'un négateur de la guerre, pendant la guerre de 1870. Le regretté G. Ballet a publié une observation du même genre, au cours de la guerre actuelle. (Société de Neurologie, juin 1915).

Les psychoses provoquées

Il y a lieu de retenir comme psychoses provoquées :

1° La confusion mentale;

2° La psychose émotive;

3° La psychose hystérique.

Avant d'esquisser l'histoire de ces psychoses depuis la guerre, il y a lieu d'indiquer les conditions d'éclosion spéciales à la guerre.

Étiologie générale. — Une notion domine toute l'étiologie des psychoses de guerre : c'est celle de *la commotion.*

La commotion, dans le sens très large que ce mot a pris dans la littérature médicale de la guerre, désigne les effets d'ordre nerveux et psychiques provoqués sur l'organisme humain par la déflagration d'une masse d'explosif éclatant brusquement, à une assez courte distance, *les blessures apparentes mises à part.*

Il y a lieu de ne pas considérer la commotion comme un facteur étiologique univoque, toujours pareil à lui-même, et il faut distinguer au moins deux cas : d'une part celui où la commotion agit en créant des lésions organiques, si minimes soient-elles : c'est la commotion-contusion; d'autre part celui où la commotion agit par l'émotion associée, sans lésions organiques traumatiques : c'est la commotion-émotion.

La *commotion-contusion,* créant d'emblée des lésions organiques traumatiques, même sans blessure apparente, existe incontestablement comme le prouvent les observations précises de Ravaut, Guillain, Léri, etc.

Les lésions sont la plupart du temps des hémorragies plus ou moins discrètes. Elles peuvent être aussi des lésions fines de la substance cérébrale dues à l'atrésie ou à la succussion commotionnelle (Dupré). La commotion-contusion entraîne surtout des syndromes neurologiques : coma, shock, hémiplégies, paraplégies, monoplégies plus ou moins transitoires.

Elle n'entraîne qu'accessoirement un syndrome psychopathique : l'amnésie rétro-antérograde ou perte de la mémoire de fixation.

Elle n'est suivie que d'une façon tout à fait exceptionnelle de séquelles psychopathiques telles que l'hyperémotivité morbide ou l'hystérie.

Enfin la commotion-contusion est très rare comparativement à la fréquence extrême de la commotion-émotion.

La *commotion-émotion* représente, en effet, la presque totalité de ce que l'on a pris l'habitude d'étiqueter « commotion » au cours de la guerre.

Elle crée exactement les mêmes troubles immédiats et les mêmes séquelles que l'émotion agissant seule, sans commotion.

Elle agit non en créant des lésions traumatiques immédiates, mais par l'émotion-choc et les perturbations spasmodiques ou l'inhibition, surtout vaso-motrices et sécrétoires, qui en résultent.

Elle ne crée pas de syndromes neurologiques organiques. Elle provoque seulement des syndromes psychopathiques primitivement fonctionnels et qui sont immédiats, secondaires ou tardifs.

Les troubles immédiats sont de nature émotionnelle et constituent, suivant que l'excitation ou l'inhibition domine, le raptus émotif ou l'ictus émotif.

Les troubles secondaires sont constitués par la confusion mentale.

Les troubles tardifs sont l'hyperémotivité morbide et les manifestations hystériques.

* * *

La confusion mentale. — La confusion mentale est, d'après la définition de Régis, une psychose généralisée, caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussé parfois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'automatisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme : tremblement, sursauts, crises anxieuses, etc...

La confusion mentale a été fréquente à la suite de commotion. Elle se présente alors quelquefois sous la forme asthénique simple. Dans ces cas l'obtusion, l'hébétude, l'inertie, la torpeur peuvent atteindre tous les degrés. Une variété intéressante de cette forme asthénique est celle que Chavigny a décrite sous le nom d'aprosexie et dans laquelle la conservation des perceptions sensorielles périphériques contraste avec la suspension complète des fonctions des centres supérieurs, comme dans l'expérience classique du chien décérébré de Goltz : le sujet est un type complet d'automate inconscient

Mais la plupart du temps la confusion mentale de guerre est une *confusion mentale onirique*. L'activité onirique, avec son contenu hallucinatoire surtout visuel et son retentissement affectif anxieux et pantophobique, y apparaît soit d'une façon presque incessante, créant de grands états d'agitation continue, soit au contraire d'une façon intermittente et paroxystique, secouant par intervalles la torpeur habituelle du malade.

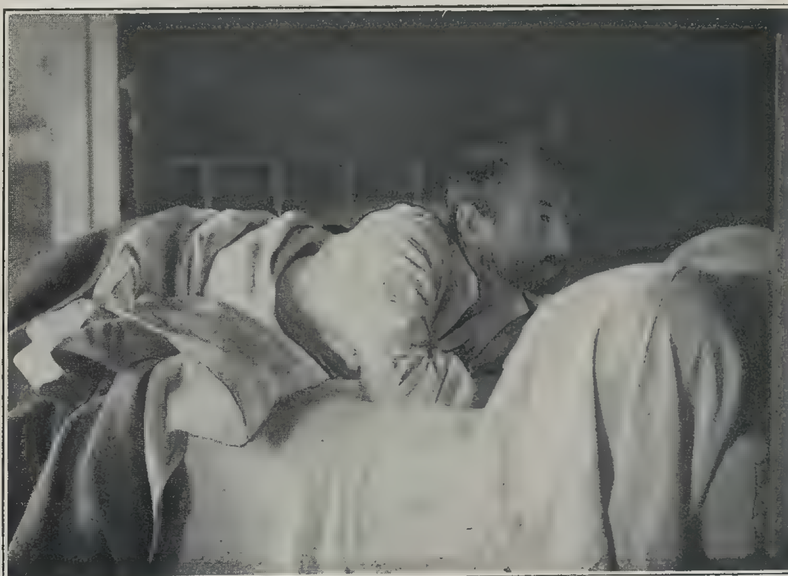
Le contenu hallucinatoire et délirant porte surtout sur un thème guerrier. Il emprunte aux événements une allure dramatique qui s'exprime souvent par une vivacité d'expression mimique impressionnante.

La confusion mentale ne guérit pas brusquement, mais par une transition plus ou moins insensible qui constitue la phase de réveil. Cette phase de réveil présente un grand intérêt, car c'est pendant son évolution que s'observent les troubles pithiatiques, sur lesquels il convient d'insister.

* * *

Troubles pithiatiques. — Suivant la définition de Babinski, qui a proposé le mot, le pithiatisme doit comprendre tous les troubles qui, créés par suggestion, sont susceptibles de disparaître par persuasion. Cela revient à dire que le pithiatisme est fonction de la suggestibilité des sujets. Or, la suggestibilité existe quand il y déficience du pouvoir de critique et de contrôle. Cette déficience doit se rencontrer dans un certain nombre d'états qui ne sont encore ni bien connus, ni bien classés. Un seul d'entre eux nous apparaît comme maintenant bien précisé, c'est justement la phase de réveil de la confusion mentale. Ce n'est pas dans la période aiguë, onirique ou stuporeuse de la confusion mentale, qu'apparaît la suggestibilité. Les oniriques et les stuporeux subissent les lois de leur état et n'y ajoutent pas. C'est seulement lorsqu'ils sortent de leur délire ou de leur torpeur, lorsqu'ils sont capables de remarquer un trouble, de l'imaginer, de le fixer, que l'auto-suggestion est possible et c'est pourquoi, chez les grands confus, les accidents d'auto-suggestion sont toujours post-confusionnels, c'est-à-dire qu'ils se produisent au moment de la convalescence, une fois terminée la période de confusion aiguë.

Si les troubles pithiatiques sont liés, dans leur mécanisme, à la suggestibilité de la phase de réveil transitoire de la confusion, leur histoire s'explique aisément.



UN CAS DE CONFUSION MENTALE ONIRIQUE.
Le sujet se croit toujours dans la tranchée et reste aux aguets, sur son lit d'hôpital, comme s'il était encore au créneau.

En premier lieu on comprend pourquoi les troubles pithiatiques, à cette période, sont toujours des paralysies et des anesthésies et non des contractures ou des hyperesthésies. Ce sont, à ce moment, des troubles par défaut et non par excès, des impotences ou des insuffisances (mutismes, surdités, astasies, abasies, etc., etc.) et non des phénomènes actifs (crises, tremblements ou autres).

En second lieu, la suggestibilité est valable aussi bien pour l'auto-suggestion mauvaise que pour la persuasion thérapeutique bienfaisante. D'où la facilité et la rapidité des cures à ce moment, par une courte suggestion quelconque. Même laissés à eux-mêmes les accidents guérissent du fait de la disparition progressive du reliquat confusionnel et du retour du pouvoir de synthèse et de critique. S'ils persévèrent, c'est qu'il intervient un autre déterminisme dont nous parlerons à propos de l'hystérie de guerre.

Enfin, les sujets qui s'auto-suggestionnent de la sorte sont non seulement sincères, mais désintéressés. Les considérations de famille, d'intérêt, de sécurité personnelle n'interviennent pas chez les pithiatiques au moment de la phase de réveil. Leur conscience n'a pas de replis, leurs sentiments sont très simples comme leurs accidents et c'est pourquoi ils sont alors si faciles à guérir. Le médecin ne se heurte à aucun désir inavoué ou obscur ; il agit sur des malades dociles dont la docilité est pour la meilleure part dans le succès de la cure.

Comme tels ils sont très différents des prolongateurs, des actifs et des grands artistes, créateurs d'accidents bizarres ou compliqués. Tandis que ces derniers malades, toujours plus ou moins intéressés, se rattachent aux simulateurs par des transitions insensibles, la question de la simulation ne se pose jamais pour les nôtres.

Il y a donc deux catégories de pithiatiques et, en dépit du nom identique qu'on leur donne, la psychologie de ces malades paraît assez différente.

Après avoir insisté un peu longuement sur la confusion mentale, qui est le type de la psychose de guerre, nous serons très bref sur les formes hystériques et émotives.

* * *

Psychose hystérique. — Il n'est pas de notion plus vague et plus contradictoire à l'heure actuelle chez les auteurs que celle de l'hystérie.

A notre avis, il y a lieu d'en éliminer complètement les formes suivantes :

1° Le pithiatisme vrai, à base de suggestibilité, dont nous ne connaissons bien d'ailleurs que les accidents post-confusionnels indiqués plus haut ;

2° Les syndromes et accidents divers de l'hyperémotivité morbide ;

3° Les troubles réflexes de Babinski et Froment, dont la destinée nosologique reste encore incertaine.

Cette discrimination faite, que reste-t-il à l'hystérie ? Seulement les troubles d'ordre mythopathiques ou mythomaniaques, dont la nosologie a été fixée par Dupré.

La mythomanie est une modalité de déséquilibration psychique, originelle et constitutionnelle, qui porte les sujets qui en sont atteints à réaliser dans leurs actes, leurs propos ou leur conduite, sous l'influence de mobiles divers tels que la vanité, la cupidité, l'érotisme, etc., etc., des créations artificielles et fausses, des fabulations et des romans mensongers.

Lorsque la mythomanie s'applique à la création artificielle de faux syndromes pathologiques, de fausses maladies, on a affaire à l'hystérie.

La guerre a multiplié les cas d'accidents hystériques. On a revu presque toutes les formes des temps héroïques de l'hystérie, depuis celles des épidémies médiévales jusqu'à celles de l'époque de Charcot. Une énumération encore incomplète de ces formes doit comprendre les crises, les contractures, les paralysies, les attitudes vicieuses, les camptocormies ou troncs courbés, les tremblements, les astasies-abasies, les pseudo-chorées, les démarches sautillantes, steppantes, etc., les mutités, surdités, cécités, les léthargies, les puérilismes, en un mot tout ce que la fécondité de sujets fabulants peut imaginer d'une cour des miracles où seraient représentés tous les cas de la pathologie humaine.

Les accidents hystériques sont apparus sans cause, ou à l'occasion des causes les plus diverses.

Quelques-uns sont survenus après des infections ou des maladies banales. Beaucoup ont été des séquelles de blessures. Le plus grand nombre n'ont été que la persévération d'accidents pithiatiques vrais, par suite de la substitution insensible du déterminisme mythomaniaque au déterminisme pithiatique ou auto-suggestif.

On peut discuter et on discute sur la sincérité des sujets atteints d'hystérie. Ce qui est certain, c'est que tout se passe avec eux comme s'ils n'étaient pas sincères et comme s'ils étaient mus par un intérêt personnel réfléchi, concerté et conscient.

Même les auteurs qui répugnent à admettre leur insincérité sont d'accord sur le caractère purement fonctionnel des troubles, sur la suspicion dans laquelle il convient de les tenir, sur l'efficacité de traitements ennuyeux, pénibles, et même coercitifs.

Les hystériques de guerre ont montré une aptitude à la persévération remarquable ; ils ont été la plaie des centres neuro-psychiâtriques et ont créé des difficultés d'ordre thérapeutique, médico-légal et surtout administratif qui ne seront pas levées même par la fin de la guerre.

* * *

Psychose émotive. — C'est à Dupré que revient le mérite d'avoir, dès 1909, fixé le cadre nosologique de la psychose émotive. Sous le nom de constitution émotive cet auteur a décrit une modalité de déséquilibration psychique originelle et constitutionnelle, qui porte les sujets qui en sont atteints à répondre à toute émotion par des réactions non seulement particulièrement vives quant à leur intensité et à leur durée, mais encore susceptibles de déterminer, à la faveur d'un éréthisme nerveux diffus, des troubles nettement pathologiques, les uns psychiques (désarrois, anxiété, impulsivité), les autres physiques (spasmes, tremblements, perturbations vaso-motrices et sécrétoires).

L'ensemble des troubles résultant de l'existence d'une constitution émotive peuvent être groupés sous le nom de psychose émotive.

La constitution émotive peut rester longtemps latente, c'est-à-dire qu'à l'abri de trop grandes secousses émotionnelles elle peut ne donner lieu qu'à des troubles minimes passant inaperçus, quoique pathognonomiques, pour une recherche analytique compétente.

La guerre, ayant réuni dans le même moment un maximum de grandes secousses émotionnelles, a révélé un nombre considérable de constitutions émotives et mis en branle des troubles émotifs multiples.

Deux ordres de secousses émotionnelles ont été surtout fréquents :

Ou bien la tension émotive longtemps supportée sans choc brusque, comme sous les longs tirs de préparation de l'artillerie, au cours des longues attentes immobiles dans les tranchées fouillées par les minenwerfer. Après des journées de cette attente anxieuse éclataient des accidents paroxystiques d'hyperémotivité ou des états d'agitation confusionnelle ;

Ou bien la commotion-émotion, dans laquelle la brusquerie, la surprise paraissent jouer un rôle capital.

Les accidents initiaux sont, avec ou sans raptus ou ictus émotif, un syndrome d'hyperémotivité caractérisé au point de vue psychique par l'anxiété, l'état phobique, l'aptitude à la peur morbide et l'irritabilité ; au point de vue physique par les désordres moteurs (tremblements, spasmes, ataxie), vaso-moteurs (tachycardie, oppression, rougeur, pâleur, chaleur, angiospasmes diffus ou localisés), sécrétoires (sueurs, pleurs, polyurie, diarrhée).

Ces troubles sont sujets à des variations paroxystiques et peuvent aboutir à la grande crise nerveuse émotive, qu'il faut savoir distinguer des crises épileptiques ou hystériques.

L'évolution se poursuit avec ou sans confusion mentale intercurrente, mais la fréquence de la confusion mentale a été extrême. L'effraction émotive initiale, en mettant en branle des désordres physiologiques vaso-moteurs et sécrétoires, développe au cours d'un temps de latence souvent assez court une auto-intoxication assez intense pour créer un syndrome confusionnel.

La confusion mentale guérie, le malade conserve le syndrome d'hyperémotivité dont il faut savoir qu'il n'est pas grave *quoad vitam*, mais d'une désespérante lenteur. Le temps seul arrive à l'atténuer ; et il faut des années pour que les troubles disparaissent complètement.

* * *

Au terme de cette revue extrêmement rapide des troubles nerveux et mentaux de la guerre, il importerait de donner quelques indications sur leur fréquence relative.

Il est trop tôt pour s'appuyer sur des statistiques complètes. Mais l'organisation perfectionnée d'évacuation à trois échelons (centres de l'avant, centres de la zone des armées, centres de l'intérieur) nous a permis de recueillir des éléments susceptibles de fixer dès maintenant la fréquence approximative des cas de psychoses au cours de la guerre. Eh bien, si l'on évalue cette fréquence par rapport à la masse d'hommes mobilisés et si on la compare à la fréquence des psychoses du temps de paix, on est heureusement surpris de constater que cette comparaison n'accuse qu'une

augmentation très faible pour la période de guerre. D'autre part les psychoses que l'on peut considérer comme provoquées par la guerre sont presque toutes curables dans un temps plus ou moins long.

C'est pourquoi l'un de nous a pu, dans une conférence faite sur les psychoses de guerre à l'Institut Jean-Jacques Rousseau, à Genève, en 1917, terminer par la conclusion suivante, qui sera aussi la conclusion de cet article :

« En résumé, notre génération a fait preuve dans cette guerre, unique par l'accumulation des conditions d'épuisement moral, d'une résistance nerveuse et mentale véritablement merveilleuse. Nous sommes heureux d'en apporter le témoignage pour le milieu dans lequel nous avons observé, c'est-à-dire pour les poilus de France. »

Dr Georges DUMAS,
Professeur à la Sorbonne; Chef du Laboratoire de physiologie à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Dr Achille DELMAS,
Ancien chef de Clinique des maladies mentales, Médecin des Asiles.

LA NEUROLOGIE ET LA PSYCHIATRIE DE GUERRE

La guerre actuelle a imposé au Service de Santé militaire la création d'organisations qu il ne possédait pas en temps de paix et qu'il n'avait même pas prévu pour son fonctionnement en campagne. Parmi celles de ces organisations qui intéressent plus particulièrement la médecine, se placent au premier rang par leur importance, les formations sanitaires consacrées au traitement des militaires atteints de maladies ou de blessures du système nerveux.

La nécessité d'une assistance neurologique et psychiatrique dans les armées combattantes n'est cependant pas une notion nouvelle, révélée par la dernière guerre.

Déjà, pendant la guerre de Sécession (1860-1865), un service de quatre cents lits avait été confié à Weir Mitchell, qui montra la fréquence des lésions des nerfs consécutives aux blessures de guerre, et apporta une contribution importante à l'étude et au traitement de ces lésions. La guerre russo-japonaise mit plus récemment en évidence la fréquence des troubles nerveux et mentaux chez les combattants : les Russes durent même créer de grands hôpitaux psychiatriques à Kharbine et à Moukden. Les guerres du Sud-Africain et des Balkans avaient, elles aussi, mis en relief les mêmes faits. A la suite de ces guerres, de nombreuses publications étrangères avaient fait connaître les troubles du système nerveux qui y avaient été observés. Les neurologistes et les psychiatres avaient conservé le souvenir de ces travaux. C'est ainsi que, en 1912, le professeur Simonin (du Val-de-Grâce) faisait à l'Union Fédérative des médecins de la réserve et de la territoriale une conférence très documentée sur « les psychoses en temps de guerre et l'assistance psychiatrique en campagne ».

Cependant, en France, lorsque la guerre éclata, rien n'avait été encore prévu ni organisé dans ce sens par le Service de Santé militaire. Une instruction ministérielle du 3 avril 1913 réglait seulement l'organisation de l'expertise psychiatrique militaire qui assurait, en temps de paix comme en temps de guerre, l'examen des prévenus militaires suspects de troubles mentaux.



(G. Roussy).
CHARTREUSE DE SÉLIGNAT.
Centre de rééducation fonctionnelle pour le traitement des accidents névropathiques rebelles.

Grâce à l'initiative et au dévouement de l'élite des neurologistes et des psychiatres civils, mobilisés ou non, devait naître cependant, et se perfectionner sans cesse pendant la guerre, une vaste organisation neuro-



CONGRÈS DE NEUROLOGIE MILITAIRE DE DOULLENS (JANVIER 1916).

Prof. Dejerine.

logique et psychiatrique, qui, non seulement permit de donner aux militaires atteints de troubles nerveux et mentaux tous les soins nécessaires, mais encore contribua largement au bon fonctionnement du Service de Santé et répondit aux besoins du Commandement.

Dès les premières semaines de la guerre, le nombre de ces malades et de ces blessés fut si grand que les spécialistes qualifiés, astreints à des fonctions diverses dans les formations sanitaires, n'eurent aucune peine à les grouper dans leurs services hospitaliers. Ainsi naquirent presque spontanément les premiers Services militaires de neurologie et de psychiatrie dans les Régions. Leur utilité parut d'emblée si incontestable qu'une circulaire de la 7e direction (Service de Santé) du Ministère de la Guerre, datée de Bordeaux le 9 octobre 1914, généralisa ces premières tentatives encore isolées et décréta l'organisation de services neurologiques spéciaux à Bordeaux, Paris, Lyon, Nancy, Lille, Toulouse, Montpellier et Alger. Presque en même temps, des services psychiatriques distincts étaient créés à Bordeaux, Paris, Lyon, Montpellier. Dans certaines régions, fonctionnait par contre un service neuro-psychiatrique, qui comportait une division neurologique et une division psychiatrique. Partout, la direction de ces services fut confiée aux spécialistes les plus compétents. Telle fut l'origine des Centres militaires de Neurologie et de Psychiatrie.



CONGRÈS DE NEUROLOGIE MILITAIRE DE DOULLENS (JANVIER 1916).

Dr G. Dumas. Dr J. Babinski.

La Société de Neurologie de Paris, dont un très grand nombre de membres s'employait déjà très activement dans les Centres précédents, inaugurait, le 5 novembre 1914, avec la reprise de ses séances, un rôle de Conseil technique qu'elle devait garder par la suite et tenir avec autorité, en provoquant des discussions générales sur les principales questions concernant la neurologie de guerre et en donnant une sanction pratique à ses discussions par des vœux transmis, d'abord au Ministère de la Guerre (7e direction), puis, après sa création, au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé militaire. Elle rappelait la curabilité, par un traitement précoce, des accidents hystéro-traumatiques, parfois si tenaces quand ils sont anciens; elle demandait la création de services spéciaux rationnellement organisés en vue du traitement de ces accidents; elle réclamait l'institution, dans chaque région, de visites neurologiques des dépôts et des diverses formations sanitaires, confiées aux chefs de Centres, afin de repérer les troubles nerveux et mentaux méconnus. Enfin, elle insistait sur la nécessité de réunions périodiques des chefs des Centres afin de permettre des échanges de vue et d'uniformiser la ligne de conduite à suivre dans les cas prêtant à discussion.

Une première réunion générale des chefs de Centres eut lieu à Paris, le 21 octobre 1915, sous la présidence du professeur Ballet. Une deuxième réunion présidée par M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, eut lieu les 22 et 23 janvier 1916, dans la zone des armées à la citadelle de Doullens. Depuis lors, les réunions officielles des chefs de Centres neurologiques se multiplièrent, aboutissant chaque fois à des propositions et à des décisions pratiques. Des séances spéciales furent consacrées aux blessures du crâne (rapporteur : professeur Pierre Marie), aux blessures des nerfs périphériques (rapporteur : professeur



CONGRÈS DE NEUROLOGIE MILITAIRE DE DOULLENS (JANVIER 1916).

Prof. P. Marie.



(G. Roussy).

LE CENTRE DE RÉÉDUCATION DE SALINS.

Pitres), aux paralysies et contractures dites fonctionnelles (rapporteur : J. Babinski), aux accidents nerveux produits par la déflagration de fortes charges d'explosifs (rapporteur : Clovis Vincent), à la question de la réforme, des incapacités et des gratifications dans les névroses et psycho-névroses (rapporteurs : professeurs Grasset, Babinski, Dupré, Jean Lépine, Léri.)

Enfin, la Société de Neurologie nommait une Commission, composée de Mme Dejerine et de MM. Souques, H. Meige, J. Camus et J. Froment, chargée d'étudier les appareils de prothèse pour blessés nerveux. Cette Commission s'efforça de faire une sélection parmi les nombreux appareils imaginés pour remédier aux troubles résultant des paralysies des nerfs. Elle fut chargée officiellement de surveiller l'appareillage des blessés nerveux du camp retranché de Paris. De même, dans chaque Région, fut instituée, aux mêmes fins, une Commission d'appareillage, composée du chef du Centre de neurologie, du chef du Centre de physiothérapie et du chirurgien de Secteur.

Pendant ce temps, l'organisation neurologique et psychiatrique se complétait à l'intérieur. Dans le cours des années 1915 et 1916, de nouveaux Centres étaient créés au Mans, à Besançon, à Tours, à Rennes, etc.; des Centres secondaires étaient ouverts dans la plupart des régions importantes.

D'heureuses initiatives dues à Clovis Vincent, puis à G. Roussy, aboutissaient à la création de services spécialement organisés en vue de la cure rationnelle des troubles névropathiques plus particulièrement rebelles et permettaient d'obtenir, même dans ces cas, les plus brillants résultats.

Ajoutons qu'on ouvrait à l'Institution Nationale des Invalides un service destiné à assurer aux grands infirmes du système nerveux (paraplégiques, hémiplégiques, etc.) les soins attentifs et prolongés que leur état comportait.

Il n'en demeure pas moins que, au début de 1917, l'organisation neurologique si importante fut-elle, pouvait être encore utilement modifiée. C'est pour étudier ces perfectionnements, en tenant compte des initiatives heureuses, qu'une Commission d'enquête, désignée par le Sous-Secrétaire d'État, le 15 février 1917, et composée des docteurs Souques, H. Claude et J. Froment, entreprit la visite de toutes les Formations neurologiques et présenta un rapport général sur les améliorations à apporter, dans une réunion des chefs de Centres qui eut lieu le 17 décembre 1917.

Le nouveau Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, M. Mourier, compléta l'organisation neuro-psychiatrique existante et lui donna sa forme dernière. Un Centre neurologique fut créé dans la Ve région qui en était seule dépourvue. Un nouveau Centre de Rééducation fonctionnelle pour le traitement des accidents névropathiques rebelles fut ouvert à la Chartreuse de Sélignat, ce qui, avec le Centre de Rééducation de Salins déjà existant, portait à deux le nombre de ces centres. Enfin, une Commission de contrôle neuro-psychiatrique, composée de MM. Babinski, Souques, Dupré et Claude, fut chargée du contrôle technique des Centres de neurologie et de psychiatrie, tant aux armées que dans les régions : elle était plus spécialement instituée pour examiner tous les cas litigieux ressortissant à la neurologie et à la psychiatrie.

* * *

Aux Armées, une organisation semblable était née dans les mêmes conditions qu'à l'intérieur. Les premiers services spécialisés furent le résultat d'initiatives privées : tel fut le service neurologique de G. Guillain dans la VIe armée ; tels furent aussi les Centres de neuro-psychiatrie, plus complètement organisés, par Georges Dumas à la Ire armée et par J. Abadie à la Ve armée en janvier 1915. Ce dernier comportait, dès sa création, deux échelons : un service avancé de triage, un centre de traitement et d'évacuation placé sur une grande voie ferrée à l'arrière de l'armée. Le rôle de ces Centres d'armées était de rassembler le plus tôt possible sous le contrôle d'un spécialiste tous les militaires atteints ou présumés atteints de troubles nerveux et mentaux, de les placer d'emblée dans des conditions convenables d'examen et de traitement, de guérir rapidement sur place les cas facilement curables, d'évacuer

les autres vers leurs véritables destinations à l'intérieur avec toutes les garanties nécessaires de soins et de surveillance.

Les résultats obtenus par ces premières créations furent tels que la généralisation de ces Centres neuro-psychiatriques fut décidée par le G. Q. G. (Direction générale du Service de Santé) dans une circulaire adressée à tous les médecins d'armées en date du 31 juillet 1915. L'extension et la réglementation des Centres de neuro-psychiatrie aux armées, fut faite plus tard, en exécution d'une nouvelle circulaire en date de février 1916. Depuis cette dernière époque, toutes les armées furent dotées de formations spécialisées pour le triage et le traitement des militaires atteints de troubles nerveux et mentaux. D'une façon générale, n'étaient traités dans ces Centres que ceux dont la guérison ne dépassait pas deux ou trois semaines de traitement. A certains de ces Centres de neuro-psychiatrie d'armées étaient adjoints, comme à la Ve armée, un service spécial de chirurgie nerveuse, où les blessés étaient soumis à l'examen d'un assistant neurologiste et dirigés ensuite sur un Centre de neurologie de Paris, ce qui permettait d'étudier les suites éloignées des blessures des nerfs et des plaies cranio-cérébrales.







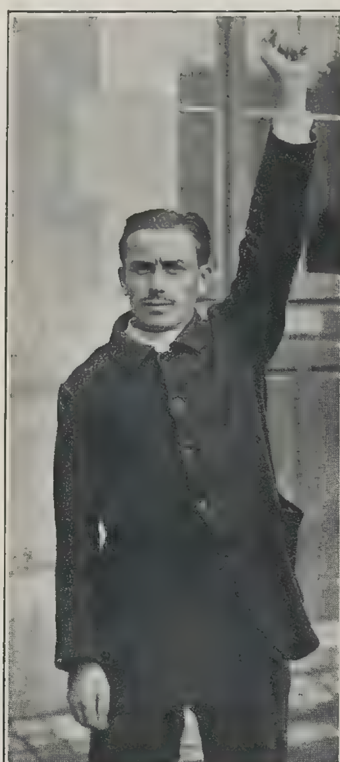
PARALYSIE HYSTÉRIQUE-PITHIATIQUE
AVEC CONTRACTURE DES MEMBRES INFÉRIEURS
REMONTANT A DEUX ANS,
GUÉRIE PAR CONTRE-SUGGESTION.
Après une heure de traitement, le malade se tient debout sans aide. Le jour suivant, il fait les exercices les plus variés.

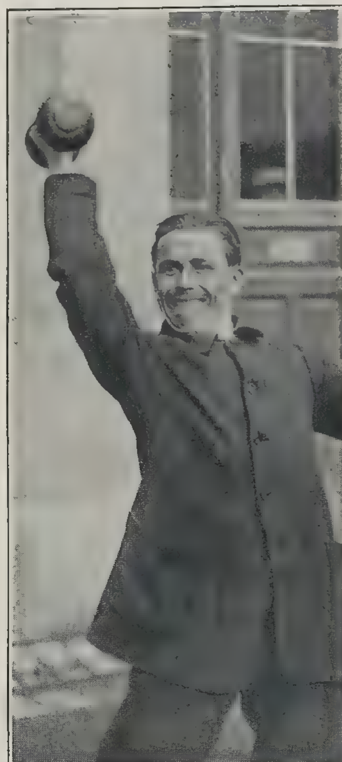


L'organisation neuro-psychiatrique des armées était complétée par la réglementation des expertises psychiatriques près les conseils de guerre. Pareille réglementation fut réalisée à la Ve armée dès le mois de novembre 1914, par la désignation d'un expert psychiatre à qui les différents conseils de guerre devaient soumettre les prévenus à examiner au point de vue mental. Par la suite, les chefs des Centres de neuro-psychiatrie devinrent dans chaque armée les experts psychiatres officiels; les inculpés à examiner étaient hospitalisés dans les Centres eux-mêmes, tout en restant l'objet de la surveillance prévue par le règlement du Service de Santé.

Enfin, quand en 1918 la forme générale des opérations militaires se trouva modifiée par les fluctuations des armées en présence, la réorganisation des Centres de neuro-psychiatrie fut faite sur les bases suivantes : dans chaque armée, un ou plusieurs Services de triage neuro-psychiatrique, fonctionnant à 12 ou 15 kilomètres des lignes, à proximité des formations de triage général et d'évacuation, étaient chargés d'assurer l'examen des militaires évacués par les unités combattantes pour troubles nerveux ou mentaux, ainsi que du traitement des hommes susceptibles de rejoindre leurs formations après un très court délai. Un Centre neuro-psychiatrique d'armée, situé plus à l'arrière, doté de toutes les ressources électrothérapiques et hydrothérapiques requises et en liaison étroite avec le laboratoire d'armée, les services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, permettait de traiter sur place tous les troubles nerveux et mentaux susceptibles de

guérir rapidement ; d'une capacité hospitalière de 100 à 150 lits, il comprenait une division neurologique et une division psychiatrique ; il constituait encore le Centre médico-légal d'expertises neuro-psychiatriques d'armée. Le repérage des malades nerveux et mentaux devait être fait à tous les échelons du triage général et de l'évacuation (groupements d'ambulances, hôpitaux d'évacuation, régulatrices sanitaires) ; il devait être réalisé aussi dans les dépôts d'éclopés, dans les compagnies d'instruction divisionnaires, dans les formations médicales et chirurgicales : ce rôle technique était confié au médecin-chef du Centre.

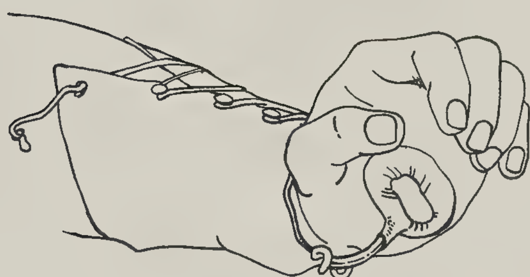




PARALYSIE HYSTÉRIQUE DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT GUÉRIE EN UNE SEULE SÉANCE DE CONTRE-SUGGESTION AVEC GALVANOTHÉRAPIE.
A gauche : Avant le traitement, le bras pend inerte.
A droite : Le blessé guéri soulève une haltère avec le même bras. (CLOVIS VINCENT.)

Cette dernière organisation a permis de parer à tous les besoins des opérations militaires qui ont marqué la fin de la guerre. Sous la poussée des événements, certains Centres d'armées se fusionnèrent en Centres de groupes d'armées, fonctionnant loin du front de combat, aux nœuds des grandes voies ferrées d'évacuation. Certains autres se replièrent sur les Centres de neurologie et de psychiatrie des régions adjacentes, qui jouèrent dès lors le rôle de Centres d'armées, évacuant secondairement à leur tour sur les régions plus éloignées. Au contraire, les services avancés de triage neuro-psychiatrique suivirent de près, pour la plupart, les mouvements des troupes combattantes, avancèrent avec elles lors de la retraite allemande : au moment de l'arrêt en pays ennemi, installés dans de grands centres hospitaliers, ils constituèrent les nouveaux Centres neuro-psychiatriques des armées d'occupation.

QUELQUES TYPES D'APPAREILS DE PROTHÈSE POUR BLESSÉS DES NERFS DU MEMBRE SUPÉRIEUR.



Clichés Revue Neurologique.

FIG. 1.



FIG. 2.

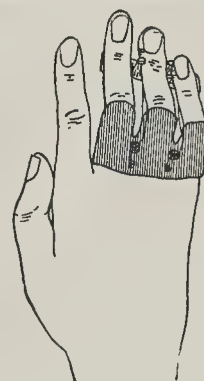


FIG. 2 *bis*.



FIG. 2 *ter*.



FIG. 3

1. Soutien palmaire pour paralysie radiale. (H. MEIGE.)

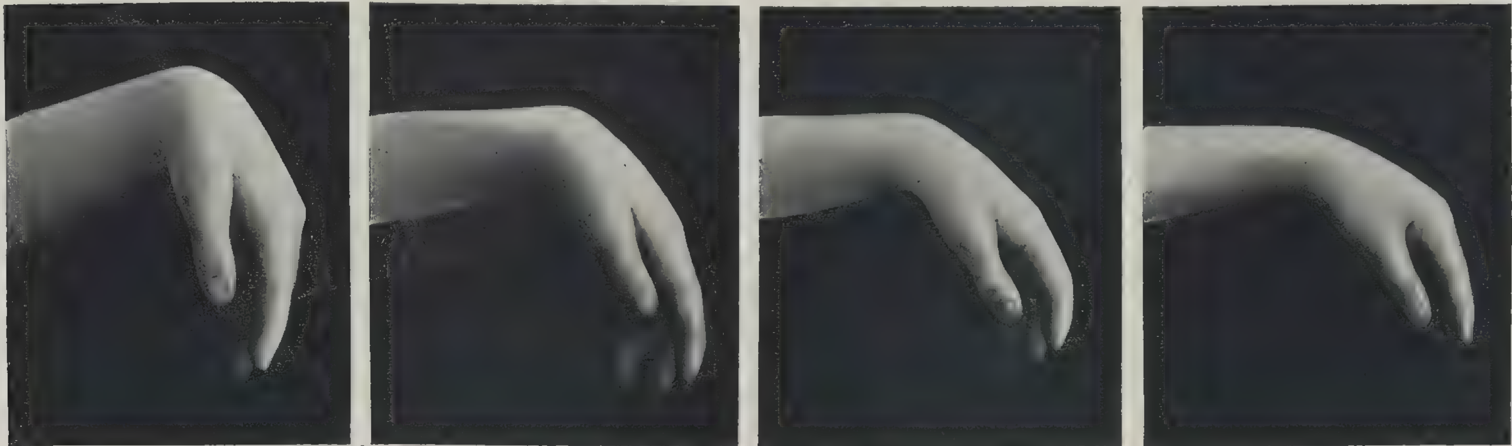
2, 2 *bis*, 2 *ter*. Appareil correcteur de la griffe des paralysies cubitales. (GILLOT.)

3, 3 *bis*. Appareil destiné à rendre l'opposition et à faciliter les divers actes de préhension aux blessés atteints de paralysie du nerf médian. Épreuve de préhension avec et sans appareil. (J. FROMENT.)



FIG. 3 *bis*.

1. ATTITUDES DE LA MAIN AU REPOS. — RETOUR DE TONICITÉ APRÈS SUTURE DU NERF RADIAL.



A. — Avant la suture, le 72e jour après la blessure ; l'attitude est la même au moment de l'opération, le 125e jour.

B. — Le 31e jour après la suture.

C. — Le 73: jour après la suture.

D. — Le 184e jour après la suture.

A toutes les périodes de la guerre, sans trève ni repos, les Centres de neurologie et de psychiatrie ont déployé une activité intense, tant dans la zone des armées que dans les régions. Plus de vingt mille lits furent nécessaires à leur fonctionnement. Dans l'échelle des hospitalisations, ce chiffre place la neurologie et la psychiatrie à la première place des spécialités tant médicales que chirurgicales. Ainsi fut démontrée, une fois de plus, la nécessité d'une assistance neurologique et psychiatrique aux armées en campagne. Par sa longue durée, par l'ampleur des opérations militaires qu'elle a comportées, par la multiplicité et la violence des engins qu'elle a employés, par l'usure physique et morale qu'elle a entraînée, la guerre qui s'achève a été la cause d'un nombre important de troubles nerveux et mentaux. Pour en donner une idée, sans entrer dans le détail fastidieux de statistiques officielles, il suffit de citer au hasard quelques chiffres. Du 2 décembre 1914 au 31 juillet 1918, un seul Centre de neurologie, celui de Montpellier, a examiné près de vingt-cinq mille malades et blessés du système nerveux : or, dans chaque région, fonctionnait pareillement un Centre de neurologie dont l'activité n'était pas moindre. Chaque mois, le Service Central de psychiatrie du Val-de-Grâce recevait un total de quatre cents nouveaux malades environ. Ces seuls chiffres permettent d'évoluer approximativement le total des militaires qui ont été hospitalisés dans les Centres de neurologie et de psychiatrie. Si, après cela, l'on songe à la difficulté et à la longueur des diagnostics neurologiques et psychiatriques qui nécessitent toujours des examens minutieux, si l'on pense à la patience et à l'inlassable volonté que comporte la cure des accidents névropathiques, si l'on réfléchit à la longue durée des traitements qu'imposent la plupart des troubles nerveux et mentaux, on comprendra facilement toute la valeur de l'effort ainsi accompli par le nombre relativement restreint de neurologistes et de psychiatres qui se dévouèrent à cette œuvre de guerre.

Avec la signature de l'armistice, le rôle dévolu à la neurologie et à la psychiatrie n'a pas pris fin. Il a fallu, tout en continuant à assurer le traitement des blessés et des malades non encore guéris, faire la liquidation progressive des divers Centres, établir les expertises médico-légales pour les commissions de réforme, compléter l'organisation des services de grands infirmes nerveux. Aux Centres anciens, se substituèrent peu à peu des Services régionaux de neuro-psychiatrie, d'importance moindre, mais dont l'activité restera grande pendant longtemps. Des médecins consultants de neurologie et de psychiatrie ont été choisis parmi les anciens chefs de Centres : dans chaque

2. RETOUR DE LA MOTILITÉ VOLONTAIRE, CHEZ LE MÊME MALADE, APRÈS SUTURE DU NERF RADIAL.
(Maximum des mouvements d'extension du poignet.)



— Le 184e jour après la suture.

F G. 13 mois après la suture.

Interruption complète du nerf radial dans la gouttière de torsion. Restauration tonique puis motrice des muscles radiaux, après la suture du nerf (Prof et Mme Déjerine.)

(Clichés A à E Revue neurologique; F et G. *Presse médicale.*)

région, ils ont été pris parmi ceux qui ont toute la compétence requise; ils ont pour mission, même après leur démobilisation, d'être les conseillers techniques du Service de Santé militaire, pour toutes les questions relatives aux maladies nerveuses et mentales.

* * *

Telle qu'elle a été réalisée pendant la guerre, l'organisation neurologique et psychiatrique du Service de Santé militaire français a pu servir de modèle aux Services de Santé des nations alliées. On peut affirmer hautement, après les résultats obtenus, que les neurologistes et les psychiatres français se sont bien acquittés de la lourde tâche qui leur incombait; leur initiative a été au niveau de leur puissance d'action, leur dévouement à la hauteur de leur science.

J. ABADIE,
Professeur à la Faculté de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Consultant régional de Neurologie et de Psychiatrie.

J. FROMENT,
Professeur agrégé à la Faculté de Lyon,
Médecin des Hôpitaux,
Consultant régional de Neurologie.

LES CURES HYDRO-MINÉRALES

La grande guerre a fait entrer la médication hydro-minérale dans le cadre de la thérapeutique officielle de l'armée.

Non pas que les eaux minérales n'aient été auparavant utilisées pour le traitement des blessures et maladies de guerre. Les Romains, dont on connait le goût pour les bains chauds, n'avaient pas manqué de construire, à l'usage de leurs Légions, des établissements partout où ils voyaient sourdre des sources thermales. La Renaissance baptisait « eaux d'arquebusades » les Eaux-Bonnes, où venaient se traiter les blessés de Pavie.

A Bourbonne et à Barèges se rendaient régulièrement les éclopés des guerres de Louis XIV. Christopher Meighan, en 1742, publie un traité «sur les effets supérieurs des eaux de Barèges sur les blessures par armes à feu,» et Raulin, en 1774, vante l'action des mêmes eaux dans la cure des fistules osseuses.

Des services hospitaliers militaires permanents sont institués dans certaines stations, dont l'hôpital de Bourbonne, fondé en 1732, est le plus important.

Les guerres de la République et du Premier Empire ne semblent pas avoir beaucoup développé l'usage de cette médication, quoique Lomet, en l'an III, propose au Comité de Salut Public de décréter Barèges d'intérêt national.

Le Second Empire formule, pour le fonctionnement des cures militaires, des règles qui n'ont guère été modifiées jusqu'à aujourd'hui. En 1857, une « Instruction sur l'emploi des eaux minérales naturelles et sur le service des hôpitaux thermaux militaires » indique la possibilité d'envoyer des militaires dans six stations : Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Barèges, Amélie et Guagno (Corse).

La loi du 12 juillet 1873 n'apporte d'autre modification que la suppression de Guagno et l'adjonction de Plombières : en outre, certaines stations d'Algérie peuvent être employées pour les troupes locales.

La totalité de ces formations donnait la possibilité de 6.000 cures annuelles environ, non comprises celles qui étaient autorisées pour malades externes non hospitalisés.

Deux chlorurées, deux sulfurées, une bicarbonatée sodique, une indéterminée thermale, c'est de quoi remplir beaucoup d'indications; mais il s'en faut que ce cadre réponde aux nécessités thérapeutiques auxquelles la richesse de nos ressources hydro-minérales permet de satisfaire.

Aussi bien ce programme avait-il en vue les besoins du temps de paix, spécialement les armées coloniales; rien n'était prévu pour les circonstances de guerre.

L'expérience de 1870 avait, là comme ailleurs, vicié les prévisions : l'insuffisance des formations sanitaires avait alors, durant les hostilités, fait utiliser les hôtels des villes d'eaux comme hôpitaux de fortune, et il semblait qu'il y eût là une indication pour l'avenir.

La future guerre devant forcément être courte, avec des effectifs énormes, il s'agissait surtout de disposer immédiatement du plus grand nombre possible de lits prêts à recevoir malades et blessés : l'organisation des hôtels de tout le territoire en hôpitaux auxiliaires ou complémentaires devint dès lors la grande idée du Service de Santé comme des Sociétés de Croix-Rouge.

Les stations thermales présentaient à cet égard un appoint considérable et précieux ; il n'était pas question de cures thermales, qui paraissaient pouvoir être remises sans inconvénient après la guerre.

D'ailleurs pouvait-on s'attendre à recruter une clientèle thermale parmi les éléments jeunes et sains de nos effectifs ?

On sait combien les événements ont bouleversé tous les plans : les hostilités se prolongeant plusieurs années ont usé les effectifs qu'il a fallu renouveler en incorporant des hommes considérés primitivement comme inaptes : d'où un contingent d'individus supportant difficilement la vie des tranchées. Les nombreuses infections d'armées, pour limitées qu'elles soient par les très efficaces mesures prises, sont inévitables dans des agglomérations de plusieurs millions d'hommes ; elles laissent après elles des troubles qui, abandonnés à eux-mêmes, ont tendance à évoluer en lésions définitives. D'autre part les traumatismes, dont le nombre et la complexité ont dépassé toute prévision, ont été suivis de délabrements et de troubles trophiques dont la persistance a fréquemment défié toutes les interventions chirurgicales.

C'est contre ces séquelles décourageantes, qui tiennent si souvent à l'état général de l'individu, que la médication hydro-minérale offre ses plus intéressantes et incontestables ressources : aussi son utilisation devint-elle la préoccupation des savants que leurs travaux avaient familiarisés avec les données de la science hydrologique.

Dès la fin de 1914 un groupe de personnalités scientifiques et parlementaires firent de pressantes démarches pour déterminer le Service de Santé à faire un large usage des cures hydro-minérales pour l'armée.

Sous l'impulsion du Professeur Albert Robin et du Docteur Bardet, le Sénateur Audiffred adresse, le 25 novembre 1914, au Ministre de la Guerre, une lettre où, s'appuyant sur l'opinion exprimée par plusieurs médecins, il demande que, dans plusieurs stations désignées, les formations hospitalières soient exclusivement affectées au traitement des nombreux soldats atteints d'affections rhumatismales.

Il complète cette démarche par un projet de loi qu'il dépose le 17 juin 1915 au Sénat, demandant la création d'un Service Sanitaire spécial pour assurer, dans les stations thermales, le traitement des officiers et soldats atteints pendant la guerre de maladies pouvant être utilement guéries dans ces établissements.



HOPITAL MILITAIRE D'AMÉLIE-LES-BAINS.

Ce projet fit l'objet d'un rapport très documenté de M. le Sénateur Cazeneuve à la Commission de l'Armée, concluant à la nécessité de développer les services thermaux pour l'armée, mais à l'inutilité d'une loi nouvelle, puisque les dispositions législatives existantes permettent d'atteindre le même but.

De fait, le Directeur du Service de Santé, dès le 6 juin 1915, avait ouvert par une circulaire 27 stations thermales aux militaires atteints d'affections justiciables d'un traitement hydro-minéral. Il est vrai, d'autre part, qu'aucune mesure n'était prise pour assurer à ces militaires une direction médicale compétente, les services thermaux étant pourvus de médecins au hasard de la mobilisation.

C'est en avril 1916 que M. le Sous-Secrétaire d'État J. Godart résolut de donner une existence réelle aux services thermaux. Il choisit parmi les médecins militarisés deux hydrologues de carrière comme Inspecteurs chargés d'organiser les formations thermales et d'en surveiller le fonctionnement.

Des circulaires sont rédigées qui prescrivent aux médecins traitants d'envoyer dans les villes d'eaux appropriées tout militaire présentant des séquelles de blessures ou de maladies susceptibles d'être améliorées par les eaux.

Ces circulaires mentionnent les formalités à remplir pour évacuer un malade sur une station, et renferment une sorte de formulaire des indications principales pouvant être remplies dans les stations pourvues de services spéciaux.

Les stations utilisées, au nombre de 37, ont été choisies de façon à ce qu'il pût être répondu à toutes les indications désirables ; plusieurs d'entre elles sont similaires quant à leurs applications thérapeutiques, permettant, par leur dissémination sur le territoire, d'éviter aux évacués de faire un trop long trajet.

La IVe Région, offrait Bagnoles de l'Orne, si connue par son action bienfaisante sur les affections des veines: les phlébites et les œdèmes persistants, très fréquents après les grands traumatismes des membres, y ont été soignés dès le début des hostilités.

La VIIe Région, riche en eaux variées, a eu à La Mouillère-Besançon un centre important de fistules osseuses, auquel le voisinage des services chirurgicaux de Besançon assurait un recrutement abondant et éclairé : j'ai insisté à plusieurs reprises sur les résultats remarquables obtenus dans l'espèce par l'emploi des sulfurées sodiques et des chlorurées, et l'on ne peut que regretter l'indifférence de certains chirurgiens à l'égard de cette médication dont les preuves sont faites.

Salins-du-Jura a apporté, en 1917, l'appoint de ressources semblables aux services de La Mouillère devenus insuffisants.

Plombières, indéterminée thermale, dont on connaît l'action presque spécifique sur les entéropathies douloureuses et excitables, a été relativement peu employée, bien que les affections qui y ressortissent aient été terriblement fréquentes dans les armées.

Dans la VIIIe Région, Bourbon-Lancy, chlorurée sodique faible, avec sa thermalité élevée et ses abondantes émanations d'hélium, a été utilisée plus pour les douleurs rhumatismales que pour les séquelles endo-myocardiques du rhumatisme, indication cependant fréquente dans les services militaires.

Saint-Honoré offrait l'avantage d'une station sulfurée, située au centre de la France.

La XIIe Région avait, dans la Creuse, les eaux d'Évaux, indéterminées thermales, d'une action sédative précieuse dans les algies et les divers états nerveux.

La XIIIe Région comprend l'Auvergne et le Plateau Central dont on connaît les ressources hydrologiques variées : aussi a-t-on pu y utiliser huit formations thermales répondant à des indications multiples.

Vichy, la grande station bicarbonatée sodique thermale, possède un hôpital militaire depuis 1847. On sait à quelles affections s'adresse sa puissante médication; si beaucoup d'entre elles n'ont rien à voir avec la pathologie d'armée, un bon nombre s'observent à la suite des maladies contractées dans les conditions anti-hygiéniques d'une guerre prolongée sous tous les climats. Aussi plusieurs milliers de militaires ont-ils, pendant cette guerre, recouru à ses eaux pour les séquelles hépatiques de toutes les infections, d'origine palustre ou autre, pour les désordres gastriques, conséquences des privations ou des alimentations vicieuses, pour le réveil des diathèses, etc.

Bourbon-l'Archambault, chlorurée sodique thermale, jouit depuis longtemps d'une formation militaire permanente, par convention avec l'hospice civil : on y envoie les séquelles de blessures fermées, les arthropathies et les algies.

Néris, indéterminée hyperthermale, a reçu de nombreux nerveux, évacués pour traitement du Centre neuropathologique voisin.

Châtel-Guyon, une des stations les plus connues pour le traitement des entéropathies à forme atonique, a fonctionné avec activité.

Chaudesaigues, hyperthermale simple (82°) a reçu des rhumatisants, autant que le lui permettait son installation encore rudimentaire.

Le Mont-Dore, providence des affections bronchiques à type irritable, aurait dû être encombré par les séquelles de gaz toxiques : il n'en a rien été, les médecins n'ayant pas voulu comprendre la précieuse ressource que leur offrait là le Service de Santé.

La Bourboule, la puissante arsénicale, trop tardivement admise sur la liste ministérielle par suite de difficultés regrettables, a reçu depuis 1917 les paludéens anémiés et certaines dermatoses.

Enfin Royat, dont la clinique des troubles cardio-vasculaires est si intéressante, a dû à l'indifférence du corps médical de ne recevoir que de rares clients militaires.

Dans la XIVe Région, l'importante station d'Aix-en-Savoie a traité un très grand nombre de militaires dont les arthropathies et les douleurs étaient justiciables de sa cure sulfureuse, aidée des procédés balnéaires qui lui sont propres, et d'un emploi judicieux des méthodes physiothérapeutiques.

Uriage, chlorurée sulfurée, a été un centre très actif de fistules osseuses, et des résultats remarquables y ont été obtenus grâce à la collaboration étroite et éclairée de l'action chirurgicale avec la cure thermale.

Dans la XVe Région, la station de Gréoux, également chlorurée sulfurée, n'a fonctionné à titre thermal militaire que depuis 1918.

La XVIe Région dispose de trois stations :

Amélie, sulfurée sodique hyperthermale, doit à son climat de pouvoir accueillir les affections bronchiques même pendant l'hiver. Elle est pourvue d'un important hôpital militaire permanent, construit vers 1860, où ont été traités



Photo Lévy fils et Cie.

HOPITAL MILITAIRE DE BARÈGES.

de nombreux blessés dont les fistules osseuses et les plaies atones ont rapidement bénéficié de la balnéation locale.

Balaruc, avec ses boues, a traité les arthropathies tenaces avec engorgement.

Lamalou, dont on connaît l'action sur les états douloureux des médullaires, a eu une clientèle parmi les commotionnés et les algiques de toute nature.

Dans la XVIIe Région, on a pu utiliser deux sulfurées notoires, Luchon et Ax, pour les affections bronchiques et les douleurs : la première avait un service thermo-chirurgical pour fistules osseuses. Barbazan, sulfatée calcique magnésienne, a reçu certains paludéens avec séquelles intestinales. Barbotan, également sulfatée calcique, a été surtout utilisée pour ses boues.

La XVIIIe Région est une des plus riches en stations militarisées.

Trois sulfurées sodiques célèbres, Barèges, Cauterets et Eaux-Bonnes, ont traité de nombreuses séquelles d'affections bronchiques, sans que toutefois l'aide efficace qu'elles auraient pu apporter aux gazés respiratoires ait été mise à profit comme elle aurait dû l'être. Barèges est doté, depuis 1732, d'une formation thermale militaire permanente, et, pendant cette guerre, d'un service thermo-chirurgical pour fistules osseuses, où les résultats les plus remarquables ont été obtenus.

Deux chlorurées sodiques fortes, Biarritz-Briscous et Salies-de-Béarn, ont également reçu des fistules osseuses, qui répondent aussi bien à la médication chlorurée qu'à la médication sulfurée. Deux sulfatées calciques hyperthermales avec boues, Dax et Préchacq, ont permis de traiter les engorgements articulaires à évolution chronique.

Bagnères-de-Bigorre, sulfatée calcique thermale à action sédative très nette, a rendu dans le Midi les services que Néris et Evaux rendaient dans le Centre.

Capvern, de même composition, mais froide, a pu suppléer les stations diurétiques des Vosges, rendues inaccessibles par la zone de guerre.

Saint-Christau, bicarbonatée cuivreuse, et Beaucens, chlorurée sodique faible, ont été utilisées pendant peu de temps.

La XXIe Région comprend Bourbonne, une des plus anciennes formations thermales militaires : son hôpital militaire, très important, date de 1732. La médication thermale chlorurée y est traditionnelle pour les séquelles de blessures ouvertes ou fermées, et le service spécial pour fistules osseuses, muni de toutes les ressources chirurgicales, aurait dû fonctionner au plein pendant toute la guerre : il n'en a rien été, et on peut déplorer ici encore l'indifférence de trop de chirurgiens.

A la porte de Paris, Enghien offrait une ressource intéressante aux nombreux gazés respiratoires qui encombraient les services de la capitale ; je ne puis que formuler à nouveau le regret qu'il n'en ait pas été fait un usage suffisant.

Ce rapide exposé permet de constater que, ainsi que je l'ai dit plus haut, le Service de Santé a mis à la disposition des médecins les moyens de remplir toutes les indications en matière de thérapeutique hydro-minérale, à quelques nuances près.

Des circulaires ont rappelé périodiquement ces possibilités et ont recommandé l'emploi aussi fréquent que possible de cette médication.

En 1917 et 1918, des conférences



Photo Lévy fils et Cie.

HOPITAL MILITAIRE DE BOURBONNE-LES-BAINS.



Photo Arloing.

HOPITAL MILITAIRE DE VICHY.

furent faites dans les principaux centres de Régions, destinées à remémorer aux médecins militarisés les directives d'une thérapeutique avec laquelle beaucoup d'entre eux étaient peu familiarisés.

Voici quels furent les résultats de cette campagne :

En 1915	il y eut	4.000	cures autorisées.
En 1916	—	12.830	—
En 1917	—	18.500	—
En 1918	—	20.000	—

Il semble qu'il y ait eu là une progression satisfaisante, et l'on peut dire que, grâce aux efforts du Service de Santé et à sa compréhension actuelle de la spécialisation, la thérapeutique hydro-minérale a conquis sa place officielle dans la médecine d'armée.

Cependant, à regarder de près, on s'aperçoit qu'on n'a pas tiré tout le parti désirable des admirables ressources hydrologiques que possède la France : trop nombreux ont été les chirurgiens qui n'ont pas voulu utiliser les services thermo-chirurgicaux ouverts aux fistules osseuses ; trop nombreux les médecins qui ont laissé encombrer leurs services par des entérites traînantes ou des séquelles interminables de gaz toxiques, alors que des lits restaient vacants à Plombières, au Mont-Dore, à Amélie, à Bourbonne, etc...

Mais ici nous touchons à un vice de notre enseignement officiel, qui jusqu'à hier encore, n'a pas voulu donner aux étudiants la possibilité de se familiariser avec l'emploi d'une thérapeutique dont l'efficacité n'est pourtant plu discutable. De récentes tentatives faites dans plusieurs Facultés permettent d'espérer que l'Hydrologie prendra, enfin, la place qui lui est due dans les programmes d'études.

Au moins le Service de Santé Militaire, poussé par les circonstances, a-t-il fait le possible pour utiliser au maximum, dans l'espèce, nos ressources nationales.

M. le Sous-Secrétaire d'État, Dr Mourier, a, dès l'armistice, envisagé les moyens propres à assurer dans l'avenir le secours de la cure hydro-minérale aux militaires atteints pendant la guerre d'affections ressortissant à cette médication.

Alors qu'on ne disposait auparavant que des six formations thermales mentionnées plus haut, il y aura désormais vingt stations organisées pour recevoir des militaires ou anciens militaires, qui y trouveront, avec l'hospitalisation, les soins médicaux compétents.

Cette organisation nouvelle permettra de soulager nombre de misères consécutives à la guerre, et de compléter des guérisons qui, sans cette aide, eussent traîné pendant des années : l'individu comme l'État y trouveront leur compte.

Ray. DURAND FARDEL,
Président de la Société d'Hydrologie médicale de Paris.



TRANSPORT D'UN BLESSÉ EN ARGONNE (5me Armée)

Tableau de M. LEFORT-MAGNIEZ, Médecin-Major.

(Médaille d'Or du Salon des Artistes français.)



CHAPITRE X

LES SPÉCIALITÉS

OPHTALMOLOGIE DE GUERRE

Les services rendus par la chirurgie orbito-oculaire pendant la Grande Guerre ont été considérables, bien que l'organisation des formations sanitaires, spécialisées et autonomes, ait été assez tardive.

Il est à peine besoin de rappeler qu'au début de la campagne, il n'existait pas de services spéciaux d'ophtalmologie et que les blessés aux yeux étaient soignés dans les ambulances, les H. O. E. ou les hôpitaux complémentaires, dans les mêmes salles que les autres blessés.

Un premier progrès fut réalisé en octobre 1914 par la création de Centres ophtalmologiques dans les Régions de l'Intérieur et dans le Gouvernement Militaire de Paris. Longtemps encore il n'y eut rien d'analogue dans la zone des armées et les chirurgiens étaient obligés, soit le plus souvent d'intervenir d'urgence par une opération unique, l'énucléation, soit de renvoyer à l'Intérieur les blessés atteints de corps étrangers intra-oculaires ou de plaies infectées, qui finissaient par échouer dans les services spéciaux huit à quinze jours après la blessure.



SOLDAT T.

FIG. 1. — BLESSURE FRONTO-ORBITAIRE AVEC DESTRUCTION DU REBORD ORBITAIRE TRÈS ÉTENDUE. FIG. 2. — AUTOPLASTIE FRONTO-PALPÉBRALE.

C'est à partir de juillet 1917 que le Sous-Secrétaire d'État ordonnait la création de services autonomes de spécialités dans les grands H. O. E. de l'avant et M. le Médecin Inspecteur Sieur donnait à cette organisation l'appui de sa grande autorité. Des ophtalmologistes de carrière furent mis à la tête de ces services, aidés par un personnel spécialisé et pourvus de locaux bien agencés et d'un matériel suffisant, y compris les électro-aimants et la radiographie.

Plus tard, par une meilleure organisation des transports, les blessés oculo-orbitaires furent évacués rapidement sur certains hôpitaux de l'Intérieur, ce qui permit d'intervenir d'une façon précoce et d'obtenir des résultats de beaucoup supérieurs.

Dès le début la tâche avait été considérable. Il sera bientôt possible d'établir la statistique exacte des blessures oculo-orbitaires ; elle donnera, croyons-nous, un chiffre extrêmement élevé. Mais déjà nous connaissons les graves conséquences de ces blessures. Les aveugles de guerre sont au nombre de plus de 4.000 et les énucléés, ou monophtalmes, avec ou sans lésions de l'œil restant, dépassent 25.000.

Ce n'étaient pas seulement les blessures par balles, intéressant l'une ou les deux orbites, c'étaient les éclats d'obus produisant les fracas plus ou moins étendus de l'orbite et des régions voisines qu'on pouvait observer. Lorsque vint la guerre des tranchées, on put noter la grande fréquence des blessures uni ou binoculaires par petits éclats de métal, de pierre, ou de bois, produisant les



FIG. 3. — SOLDAT B.
VASTES LÉSIONS DE LA FACE,
TRÈS NOMBREUX CORPS ÉTRANGERS
DE LA FACE ET DES ORBITES.
O. D. Décollement de la rétine.
O. B. Cataracte traumatique.

graves complications d'iridocyclite avec cécité consécutive. Même sans plaie pénétrante, il se produisait souvent des contusions du globe avec hémorragies ou décollements de la rétine, entraînant trop souvent la perte de la vision. Pour éviter ces blessures, on s'ingéniait à trouver des modèles de lunettes ou de visières pare-éclats, dont l'usage ne fut malheureusement pas généralisé. Les blessures du crâne, intéressant spécialement la région occipitale, produisaient de fréquentes lésions des voies optiques.



FIG. 4. — SOLDAT D.: BLESSURE DE DE L'ORBITE ET DES CAVITÉS DE LA FACE PAR BAGUE DE CUIVRE D'UNE FUSÉE D'OBUS.



FIG. 5.
LES DEUX PARTIES
DE LA PIÈCE DE CUIVRE.
Poids : 225 grammes.

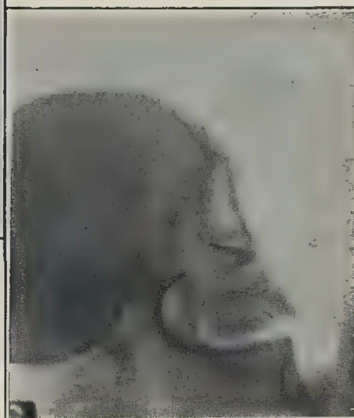


FIG. 6. — RADIOGRAPHIE MONTRANT LES DEUX PARTIES DE LA BAGUE.
L'une horizontale dans l'orbite gauche, les fosses nasales et l'orbite droite ; l'autre verticale dans l'orbite et le sinus maxillaire gauche.

Puis ce fut la période des gaz caustiques, en particulier de l'ypérite, extrêmement douloureux, entraînant une réaction blépharo-conjonctivale intense et souvent tenace. Les gaz n'ont pas donné lieu trop fréquemment à des complications cornéennes entraînant la perte de l'un ou des deux yeux. Il semble qu'on ait exagéré la fréquence et la gravité des séquelles oculaires.

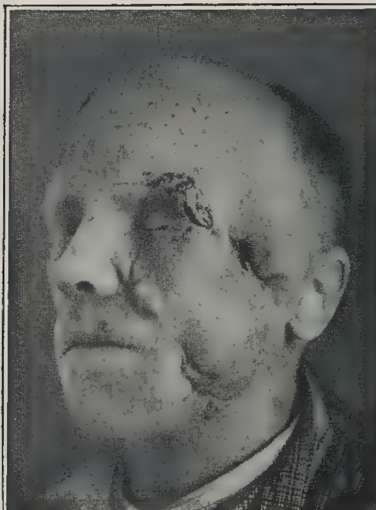


FIG. 7. — SOLDAT L.: TRÈS VASTE PLAIE DES ORBITES ET DE LA FACE. CÉCITÉ ABSOLUE.

Le danger des blessures orbito-oculaires ne provenait pas des complications infectieuses générales qui, en somme, ont été assez rares. Même dans les plus mauvaises périodes du début, nous n'avons jamais observé de gangrène gazeuse; le tétanos a été extrêmement rare, grâce à l'emploi méthodique de l'injection préventive de sérum antitétanique ; les érysipèles et les lymphangites streptococciques, fréquents au début, n'ont pas eu de conséquences générales très sérieuses. La complication la plus redoutable des blessures orbitaires a été la méningo-encéphalite traumatique, due à des fractures de la base du crâne. Elle a revêtu toutes les modalités cliniques, depuis la méningite suraiguë emportant le blessé dès le troisième ou quatrième jour, jusqu'à ces formes plus tardives dans lesquelles, à la suite d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien discret mais répété, on voyait la température s'élever progressivement, avec raideur de la nuque, ébauche de Kœrnig, pouls rapide, amaigrissement effrayant. Cette méningo-encéphalite suraiguë ne se terminait par la mort qu'au bout de quinze jours, trois semaines et plus.



SOLDAT B.

FIG. 8. — DESTRUCTION DES DEUX MAXILLAIRES SUPÉRIEURS PAR ÉCLAT D'OBUS.

FIG. 9. — RESTAURATION DES FOSSES NASALES ET DE LA FACE. CÉCITÉ COMPLÈTE.

Comme complications locales, ce qui a toujours dominé la scène, ce sont les iridocyclites traumatiques, à marche plus ou moins rapide, tantôt extrêmement douloureuses et nécessitant l'énucléation retardée, tantôt aboutissant à l'atrophie du globe, mais pouvant produire pendant longtemps des retours offensifs.

Malgré cette fréquence de l'iridocyclite, l'ophtalmie sympathique a été relativement rare en comparaison de ce qu'on avait observé pendant les précédentes guerres. Le véritable abus de l'énucléation qu'on a fait au début de la campagne, alors qu'on ne pouvait soigner d'une façon

méthodique les blessures oculaires, a eu du moins pour résultat de rendre beaucoup moins fréquente cette redoutable complication. Plus tard, le traitement précoce des plaies pénétrantes, l'extraction méthodique des corps étrangers nous ont encore permis d'éviter l'ophtalmie sympathique.

Au point de vue du traitement, l'expérience de cette guerre nous a surabondamment démontré que l'intervention précoce, avec chirurgie aussi peu mutilante que possible et réunion immédiate, devait être la règle absolue. La vitalité particulière des tissus de la face, due à leur riche vascularisation, la rareté des infections primitives, la nécessité d'obtenir dans toutes les blessures de l'œil la réunion par première intention, seule compatible avec la conservation de la fonction, nous imposaient cette pratique.



FIG. 10. — SOLDAT V.: AUTOPLASTIE PRIMITIVE (48 HEURES APRÈS LA BLESSURE) POUR LARGE PERTE DE SUBSTANCE FRONTO-PALPÉBRALE.

Elle n'a pu être appliquée que lorsque les blessés ont été envoyés dans des services spéciaux moins de quarante-huit heures après la blessure. Pour ces cas favorables, nous nous sommes servis presque exclusivement de l'anesthésie locale ou régionale, superficielle ou profonde, à la novocaïne-adrénaline à 4 % et à 1 %. Lorsqu'il s'agit d'une lésion orbitaire grave, surtout si la radiographie montre la présence de corps étrangers ou de fracas osseux, il est très utile de faire l'orbitotomie. Une incision curviligne suivant le rebord orbitaire et arrivant jusqu'au périoste, contourne l'orbite en haut, en bas, en dedans ou en dehors, en donnant un accès facile dans la cavité, tout en évitant la conjonctive et la fente palpébrale. Elle permet d'explorer non seulement le contenu de l'orbite, mais aussi les parties voisines, les sinus périorbitaires, de rechercher des corps étrangers et de faire des esquillectomies économiques. Cette incision, suturée avec soin, ne laisse aucune cicatrice apparente. Lorsque cette exploration est terminée, on fait la réunion primitive de la conjonctive, après ablation partielle ou totale du globe, ainsi que la réunion des plaies palpébrales et circumorbitaires, en conservant les moindres lambeaux vivants. Dans quelques cas, pour recouvrir de larges pertes de substance, nous avons dû faire de véritables autoplasties primitives, soit par glissement, soit par rotation d'un lambeau pédiculé avec tarsorraphie.



FIG. 11. — SOLDAT S.: BLÉPHAROPLASTIE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Pour les opérations conservatrices sur le globe et en particulier pour l'extraction des corps étrangers intraoculaires, cette latitude de quarante-huit heures était encore trop grande. Nous savions déjà, par les traumatismes industriels, que la conservation de la vision, après l'extraction des corps étrangers, dépendait de la précocité de l'intervention et était en raison inverse du temps écoulé depuis la blessure. Si nous ajoutons que dans les blessures de guerre, les corps étrangers étaient compliqués de contusions graves, d'épanchements sanguins, qui favorisaient l'infection, on comprend que, malgré l'emploi de l'électro-aimant et de la radiographie, l'extraction des corps étrangers intraoculaires n'ait pas donné de statistique aussi favorable que dans les traumatismes du temps de paix.



FIG. 12. — SOLDAT H.: BLÉPHAROPLASTIE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE.

A côté de cette chirurgie d'urgence, nous avons dû faire et nous continuerons encore pendant longtemps une chirurgie réparatrice ayant pour but, soit de diminuer les mutilations des paupières par des blépharoplasties à grands lambeaux, soit de restaurer des cavités orbitaires pour permettre l'usage des yeux artificiels ou pour améliorer cette prothèse.

F. DE LAPERSONNE,
de l'Académie de Médecine,
Professeur à la Faculté.



FIG. 13. — SOLDAT D.: PROTHÈSE ORBITAIRE DE L'ŒIL ET DES PAUPIÈRES.

L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE PENDANT LA GUERRE

Lorsqu'au mois d'août 1914 la guerre nous surprit avec cette brutalité que l'on sait, on peut dire que le Service de Santé n'était point organisé au point de vue des spécialités, surtout en ce qui concerne l'O. R. L.

Du reste, dans les guerres antérieures, les formations sanitaires des hôpitaux du front ou des villes situées loin du champ de bataille s'étaient simplement préoccupées de classer les malades en deux grandes catégories: les chirurgicaux et les médicaux, plus vulgairement appelés « fiévreux » en style militaire.

Je ne crois pas que dans la guerre russo-japonaise, ni dans celle des Balkans, il ait jamais été question de faire traiter les blessés par des médecins spécialisés dans les diverses branches de la médecine et de la chirurgie. Cette organisation était d'autant plus difficile à réaliser dans ces pays, que les praticiens spécialisés étaient fort peu nombreux et assez mal outillés.

Il est, en outre, parfaitement inutile de remonter à 1870, puisque à cette époque la segmentation de la médecine en plusieurs tronçons n'existait pas, que seule, l'ophtalmologie, dans quelques Universités étrangères seulement, faisait l'objet d'un enseignement officiel.

C'est donc la première guerre durant laquelle on a songé à affecter la compétence des spécialistes au traitement des blessures de guerre.

Au début des hostilités, on était loin de prévoir le développement considérable que prendraient les spécialités au cours d'une lutte qui devait durer plus de quatre années: personne n'aurait imaginé une campagne aussi sauvage que celle inventée par les Allemands. On ne pouvait supposer un seul instant qu'à côté des blessures par éclats d'obus, schrapnels, balles, éclats de grenade même, on aurait à soigner des brûlures par gaz ou par des liquides enflammés, etc..., etc... Aussi, dès les premiers mois du grand cataclysme mondial déchaîné par l'Allemagne, le Service de Santé reconnut-il la nécessité d'utiliser les médecins spécialisés dans toutes les branches de l'art de guérir.

Ce ne fut pas seulement une division en médecins et chirurgiens qui s'imposa dès le début, mais bien un fonctionnement plus varié comprenant toutes les spécialités enseignées dans les Facultés de médecine. On ne s'étonnera

Nom et Prénoms : ______
Grade et Régiment : ______
Date du Traumatisme ou Maladie : ______

Service Central d'Oto-Rhino-Laryngologie
de ______. Dirigé par : ______

N° ______
Date de l'Examen : ______

Le Chef du Centre sera juge des épreuves à employer pour chaque cas particulier.

EXAMEN AUDITIF

	Oreille Droite	Oreille Gauche
CHRONOMÈTRE :		
Perception cranienne		
Perception aérienne		
DIAPASON Ut^3 **:**		
Weber		
Rinne (nature et durée)		
SONS AIGUS :		
Ut^4		
Galton		
Perception à distance transmise par les nerfs de la sensibilité générale (expérience avec le diapason Ut^2)		

AUDITION A LA VOIX	Oreille Dr.	Oreille G.	Deux Oreilles
VOIX HAUTE :			
Zone grave : 3, 4, 30, etc. Bordeaux, lambeaux			
Zone aiguë : 6, 8, 66, 10, 606, etc.			
VOIX CHUCHOTÉE :			
Zone grave : 3, 4, 30, etc. Bordeaux, lambeaux			
Zone aiguë : 6, 8, 66, 10, 606, etc.			
Assourdisseur			

Caractères de la voix du malade : ______

Lésions objectives : ______
Diagnostic : ______
Conclusions militaires : ______

EXAMEN VESTIBULAIRE

NYSTAGMUS	
Spontané	
Rotatoire : Positif	
Rotatoire : Négatif	

	Oreille Droite — Après	Oreille Droite — Durée	Oreille Gauche — Après	Oreille Gauche — Durée
Calorique : Eau chaude				
Calorique : Eau froide ou Air froid (Dundas-Grant)				

Pour chaque côte, indiquer sa durée et après combien de temps il apparait

ÉPREUVES STATO-CINÉTIQUES	Yeux Ouverts	Yeux Fermés
Sur deux pieds : Station (deux pieds joints)		
Sur deux pieds : Marche avant		
Sur deux pieds : Marche arrière		
Sur pied droit : Station		
Sur pied gauche : Station		

EXCITATION GALVANIQUE

Oreille Droite	Oreille Gauche

N. B. — On ne pratiquera les épreuves vestibulaires que si la surdite parait être d'origine labyrinthique.

Epreuves supplémentaires : ______
Ponction lombaire : ______
Réflexe cochléo-palpébral : ______

Le Chef de Service :

L'observation détaillée pourrra être rédigée au verso.

FIG. 1.

Application de la circulaire n° 159 Ci/7 du 15 juillet 1916.

CENTRE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE LA 18e RÉGION

FICHE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

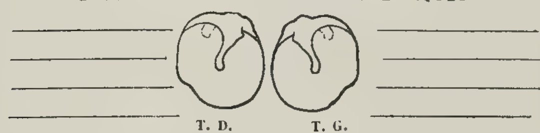
Du nommé (nom, prénoms, âge) ______

(grade et corps) ______

Traité au centre de ______ *du* ______ *au* ______

Diagnostic à la sortie : ______

DESCRIPTION DES LÉSIONS OTOLOGIQUES



Examen du nez : ______

Examen du naso-pharynx : ______

Examen du larynx : ______

Précautions à prendre (si besoin) : ______

Aptitude au service ______

Le Chef du Centre :

______, le ______ 19__

FIG. 2.

pas d'apprendre que pendant son séjour à Bordeaux, la direction du Service de Santé ayant trouvé à l'Université de cette ville des professeurs d'électrothérapie (la première spécialité utilisée), de neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie, dermatologie et syphiligraphie, etc..., etc..., ait pensé à leur confier des Services d'hôpitaux spécialisés.

Dès le 1er novembre 1914, le Centre des maladies de l'oreille, du larynx et du nez commença à fonctionner à Bordeaux, et au début de février 1915 je fis mon premier rapport portant sur 779 malades ou blessés, examinés ou soignés du 1er novembre 1914 au 31 janvier 1915.

Dès cette époque, j'essayai de démontrer la nécessité *de créer dans chaque région de la France* des Centres spéciaux confiés à des praticiens connus par leurs titres ou leurs travaux scientifiques. Ainsi prirent naissance à l'intérieur, les Centres d'O. R. L. qui fournirent par la suite des éléments utiles pour modifier les instructions sur l'aptitude physique au service militaire et les adapter au nouveaux modes d'investigation dont cette spécialité avait été dotée pendant les dernières années qui précédèrent la guerre.

Peu à peu les méthodes d'examens s'uniformisèrent, on créa une feuille identique et comparable d'un Centre à l'autre, qui fut distribuée à chaque spécialiste de manière à permettre aux soldats qui passaient d'une formation dans une autre de se présenter avec des documents comparables entre eux (fig. 1). On créa également, à l'instigation du médecin-major de 2e classe Gault, une fiche O. R. L. (fig. 2) qui, insérée dans le livret, permit de suivre l'homme dans ses différentes périgrinations soit dans les ambulances, soit dans les hôpitaux successifs où il venait faire un séjour plus ou moins prolongé.

Des réunions officielles des chefs de centre de l'arrière et du front, organisées par le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, à Paris, permirent aux spécialistes chargés de ces directions d'échanger leurs idées et aussi de prendre des décisions uniformes pour des cas souvent semblables. La question des otorrhéïques y fut souvent traitée et, on peut dire à peu près élucidée ; on finit même par trouver le remède à des cas souvent délicats et difficiles à traiter.

A l'une des Réunions de Chefs de Centre qui, malheureusement n'a pas eu lieu, M. le Professeur Agrégé Jacques, de Nancy, devait s'occuper des nouvelles méthodes destinées à éviter certains accidents auriculaires par commotion.

Il s'agissait d'appareils destinés à réduire la pénétration de l'air, en vibration dans le conduit auditif, avec interposition d'une chambre de détente, pour parer aux effets mécaniques des brusques variations de pression.

Ces méthodes de protection ont été, parait-il, mises en service dans un groupe d'artillerie de campagne sous la forme d'obturateurs construits sur les indications de MM. L. et M. Verain. Les résultats, très encourageants, obtenus à l'aide de ces appareils doivent évidemment être pris en sérieuse considération dans l'avenir.

Chacun apporta des méthodes d'examen et d'exploration pour dépister les simulateurs ou les exagérateurs. A ce titre, il faut mentionner l'appareil de Foy qui devint pour les O. R. L. un instrument indispensable dont la plupart des Centres furent bientôt dotés.

Cet ingénieux appareil se compose d'une source électro-motrice (2 piles sèches) envoyant le courant par l'intermédiaire d'un trembleur réglé au maximum de sa vitesse (Gaiffe-Tripier) dans une bobine inductrice fixe. De l'inductrice par l'intermédiaire d'une bobine induite mobile, le courant est dirigé dans deux récepteurs téléphoniques pouvant fonctionner ensemble ou séparément ; l'induite, glissant sur un chariot de un mètre de long, permet par son plus ou moins grand éloignement de l'inductrice de régler l'intensité du son dans les récepteurs : elle est maxima, l'induite recouvrant l'inductrice ; elle est minima à distance extrême de l'inductrice.

Les récepteurs sont étalonnés de façon que la hauteur et le timbre (ut3 médium) soient comparables sur tous les appareils.

Le chariot porte deux graduations : l'une en centimètres, mesurant l'écartement entre l'inductrice et l'induite, l'autre en intensité de courant induit (micro-coulombs), allant de un

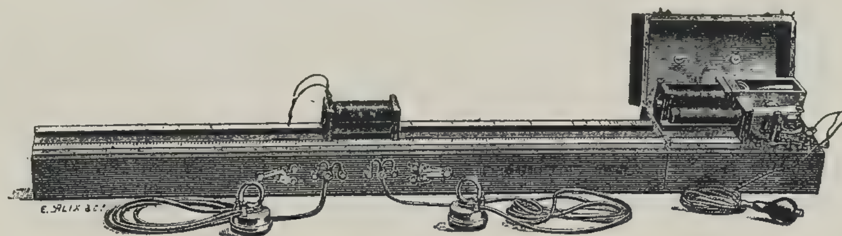


FIG 3. — ASPECT GÉNÉRAL DE L'APPAREIL DE R. FOY
muni de sa bobine, du curseur, des récepteurs téléphoniques et de la poire qui permet de diriger le courant sonore d'un côté ou de l'autre et de l'interrompre à volonté.



FIG. 4. — INDUCTION ACOUMÉTRIQUE.
Le malade lève la main quand il commence à percevoir les vibrations du récepteur.

à mille avec toutes les valeurs intermédiaires, 1 étant le seuil de perception normale, et 1.000 l'intensité maxima du son. Cette dernière graduation a été établie sur les conseils du docteur Lubet-Barbon.

Des fils de 2 m. 50 de long, permettent de faire fonctionner l'appareil à distance.

Par l'épreuve dite « *d'induction acoumétrique* » (fig. 4), l'auteur recherche le seuil de perception auditive ; ce seuil apparaît pour une intensité de 1 à l'état normal ; le récepteur au contact du méat. A 1 mètre du méat, le seuil égale 10 ; à 2 mètres, le seuil égale 20 ; à 5 mètres, le seuil égale 50. L'examen répété plusieurs fois de suite ou à plusieurs jours d'intervalle, ces différents seuils sont invariables; chez le simulateur ou chez l'exagérateur, on constate des écarts souvent considérables dans les réponses. Le seuil de la « *perception osseuse* » peut être, lui aussi, recherché avec précision, un des récepteurs fortement appliqué sur la région temporale du côté examiné. Le seuil de la perception osseuse apparaît normalement pour une intensité de 10, méat ouvert, et de 4 méat fermé, la différence donnant la valeur du renforcement par l'oreille moyenne.

Le « *réflexe cochléo-palpébral* » (fig. 5) également étudié par Molinié et Gault, est contrôlé par cet appareil avec une précision parfaite (seuil du réflexe); normalement ce seuil est obtenu pour une intensité de 20 à 40, récepteurs au contact du méat.

Des contradictions entre le seuil de la perception auditive aérienne et osseuse (épreuve d'induction acoumétrique) et le seuil du réflexe permettent, conjointement avec l'épreuve classique de l'assourdisseur de Lombard exécutable avec cet appareil, de dépister les simulateurs.

Les épreuves classiques de *Gellé* recherchant, l'une s'il y a une ankylose de l'étrier, l'autre s'il existe un retard pour accommoder entre deux perceptions successivement maxima et minima, sont des plus faciles à exécuter avec cet appareil et acquièrent une précision, une sûreté qu'elles ne peuvent avoir au diapason à la voix nue ou à la montre.

Par les épreuves que l'auteur appelle « *épreuves d'acoumétrie réciproque* » (Fig. 6), inspirées, de l'épreuve des diapasons unisonnants d'Escat, l'auteur objective d'une façon saisissante la distance de perception réelle d'un bruit d'intensité donné chez un simulateur.

Par cette épreuve agissant comme une véritable balance sonore, toutes modifications dans le champ auditif de l'oreille soi-disant sourde, partiellement ou totalement, retentit sur les excitations sonores soumises au champ auditif de l'oreille saine ou la moins sourde. L'otologiste en simulant l'examen exclusif de l'oreille saine interroge en réalité l'autre oreille et en objective les perceptions.

Une autre épreuve, « *épreuve des intensités proportionnelles* », est absolument comparable à celle employée en ophtalmologie, pour dépister les simulateurs. De même qu'une lettre deux ou trois fois plus grande, doit être lue deux ou trois fois plus loin, de même un son d'une intensité deux ou trois fois plus grande, doit être entendu deux ou trois fois plus loin. Chez le simulateur ou l'exagérateur, ce rapport ne se retrouve pas.

En résumé, cet appareil : 1° permet des procédés nouveaux d'examen objectivant chez les simulateurs et les exagérateurs les perceptions auditives réelles; 2° complète d'une façon heureuse les méthodes classiques d'examens à la voix ou au diapason, en fournissant à l'otologiste une source sonore de timbre et de hauteur constants (médium), d'intensité durable, réglable, mensurable, et toujours comparable à elle-même, d'un moment à l'autre, d'un sujet à l'autre, d'un appareil à l'autre.

Employé dans le même but, l'assourdisseur de Lombard compléta notre arsenal à tel point que, bien avant la fin de la guerre, le pourcentage des exagérateurs et des simulateurs diminua dans des proportions considérables.

M. Gault, de Dijon, insista dans une communication faite à une des réunions des Chefs de Centre, à Paris, sur *l'utilisation du réflexe cochléo-orbiculaire (ou cochléo-palpébral) chez les sourds de guerre.*

« Quand un sourd se présente à notre observation, écrit ce praticien, nous lui faisons subir, indépendamment d'un examen des tympans, deux sortes d'épreuves subjectives acoumétriques basées sur les dires du malade, et

souvent déconcertantes, qui interrogent d'une façon réflexe le nerf vestibulaire. Nous croyons utile d'adjoindre à ces épreuves un examen objectif du nerf cochléaire.

« Pour ce faire, nous utilisons le réflexe cochléo-orbiculaire (ou cochléo-palpébral) dont les voies sont : organe de Corti, nerf acoustique, noyau cochléaire du bulbe, nerf facial, muscle orbiculaire des paupières. Étant en guerre et ne disposant que d'appareil phonique de fortune, nous procédons ainsi ; à l'arrière l'appareil de R. Tey permit d'effectuer cet examen dans de meilleures conditions.



FIG. 5. — RÉFLEXES PALBÉBRAL.
Chez l'entendant un clignement des paupières se produit brusquement quand le courant passe inopinément.

« L'observateur se place devant le sujet et examine au moyen d'une forte loupe de 10 à 15 centimètres de diamètre (ou à l'œil nu) le bord libre de l'une de ses paupières supérieures, tandis qu'un aide actionne au commandement, à deux mètres de distance du sujet pour un premier examen, une corne de bicyclette qui donne un son bref, intense, impératif, cette corne étant située sur le prolongement de la ligne biauriculaire de l'observé, ce dernier étant isolé du corneur par une œillère latérale, un carton, etc... Chez le sujet normal, l'observateur constate pour ainsi dire dans tous les cas, à la première excitation, une contraction brusque de l'orbiculaire des paupières. Cette contraction montre que l'arc réflexe labyrintho-cochléo-bulbo-palpébral est libre.

« Chez les différents sourds, ce réflexe nous a donné les résultats suivants :

« 1°. — Chez les sourds organiques totaux (méningite cérébro-spinale, scarlatine, etc..) résultat négatif.

« 2°. — Chez la plupart des sourds totaux ou subtotaux considérés comme « commotionnés labyrinthiques », résultats en général positifs (exceptionnellement négatifs). Chez ces malades d'ailleurs, très souvent aussi les réflexes nystagmiques sont voisins de la normale ou même normaux.

« 3° Chez les sourds ou demi-sourds par lésions de l'oreille moyenne ou interne, résultats presque toujours positifs, mais avec diminution (réflexe moins intense ou se produisant à une distance moindre).

« 4° Chez les simulateurs, résultats conformes à la normale.

« De nos recherches, nous croyons pouvoir conclure qu'à côté des épreuves acoumétriques subjectives des épreuves vestibulaires réflexes objectives, il est de toute utilité de ne pas négliger des épreuves cochléaires réflexes qui interrogent directement et d'une façon objective le nerf auditif du sourd en observation. »

* * *

Ce problème résolu, restait encore la question des sourds par commotions labyrinthiques ou par choc cérébral (surdité psychique ou plutôt cérébrale).

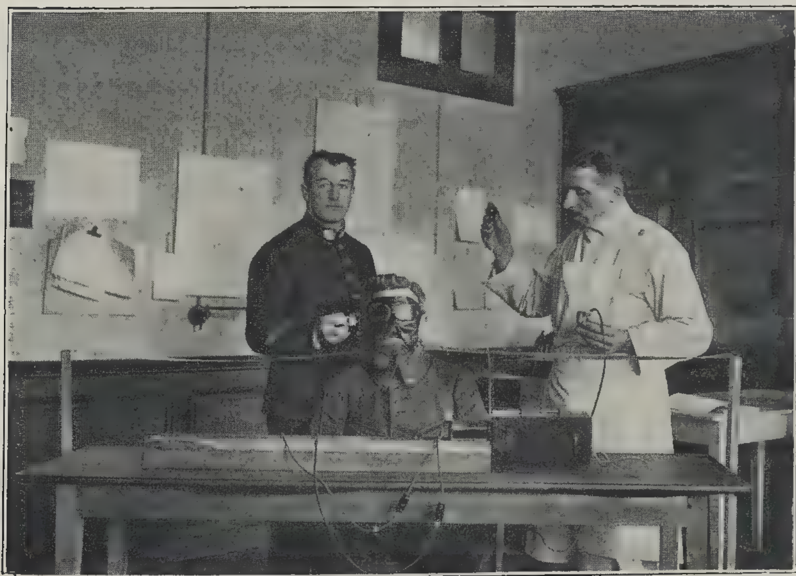


FIG. 6. — ACOUMÉTRIE RÉCIPROQUE.
Le vrai sourd unilatéral n'entendant rien par son oreille droite, entend à gauche ce récepteur à un mètre par exemple.

Pour les premiers, nos méthodes d'exploration nous permirent en général de les reconnaître et de les classer comme il convenait.

Dans cet ordre d'idées, j'ai indiqué une nouvelle épreuve d'examen des labyrinthes permettant d'apprécier leur degré de sensibilité vestibulaire. Cette épreuve désignée sous le nom « d'épreuve du bâton » n'est autre chose que l'application d'un simple jeu d'enfant.

Pour réaliser cette expérience, un bâton, ou une canne suffit. Comme les figures ci-jointes l'indiquent, le patient se courbe sur le bâton qu'il tient dans les mains, s'en servant comme d'un point d'appui (première position), le front touchant presque les mains (fig. 7). Dans cette situation, on



FIG. 7. — ÉPREUVE DE MOURE (1re POSITION).

lui fait faire un maximum de six tours autour du bâton et, relevant la tête, le patient doit marcher droit devant lui les yeux ouverts.

Si l'appareil vestibulaire est normal, le sujet examiné est dans l'impossibilité absolue de s'orienter; parfois il tombe et s'affaisse. En général, il marche de travers et se dirige du côté où il vient de tourner; il est emporté vers la droite s'il a tourné de gauche à droite, et inversement s'il a tourné en sens opposé. Il existe parfois quelques secousses nystagmiques peu importantes et d'une durée très courte.

L'hyperexcité tombe avant de pouvoir exécuter les cinq ou six tours commandés. Deux ou trois suffisent pour provoquer l'apparition des phénomènes réflexes que nous venons de décrire. Aussi pour diminuer l'action de l'expérience, convient-il de modifier la position de la tête du sujet (deuxième position, fig. 8). Elle sera moins penchée en avant, mais le reste de l'expérience sera exécuté comme il vient d'être dit ci-dessus.

L'hypoexcité, au contraire, aura des réactions nettement diminuées dans leur intensité et, s'il y a destruction vestibulaire, il n'éprouvera aucune difficulté à tourner et à marcher ensuite.

Comme dans la méthode rotatoire, par les tours positifs se faisant de gauche à droite, on provoquera un nystagmus gauche avec tendance à la chute à droite, conséquence de l'excitation de l'appareil vestibulaire gauche. Inversement, par les tours négatifs exécutés de droite à gauche on provoquera un nystagmus droit avec tendance à la chute à gauche, conséquence de l'excitation de l'appareil vestibulaire droit (1).

Dans cette épreuve du bâton, c'est donc le labyrinthe excentrique à la rotation qui est exité. De son excitation dépendent les troubles de l'équilibre ainsi provoqués.

Quand le labyrinthe excentrique est hyperexcitable, les phénomènes réflexes sont exagérés. Quand il est hypoexcitable, ils sont diminués. Quand il est détruit, ils sont nuls.

Cette méthode fort simple vient confirmer les résultats de la méthode rotatoire et peut être employée avec avantage quand on n'a pas un fauteuil à sa disposition. Il va sans dire qu'on ne doit l'appliquer qu'avec discernement : une chute rapide serait à craindre chez les sujets qui présentent un fort nystagmus spontané, nystagmus dont l'intensité traduit généralement une hyperexcitabilité vestibulaire, principalement dans les jours qui suivent les traumatismes.

Dans cette épreuve comme dans toutes celles qui ont trait à l'examen vestibulaire, il y a lieu de tenir compte de la profession du sujet examiné, profession qui, chez certains, amène un pouvoir d'équilibration bien supérieur à la normale (acrobates, équilibristes, danseurs, coureurs, etc.).

Pour les sourds cérébraux, le résultat fut plus difficile à obtenir. Bien plus, quelques auristes se montrèrent quelque peu sceptiques à cet égard, restant persuadés que ces sourds, *sans lésions apparentes*, étaient des simulateurs, car ils paraissaient être trop sourds pour l'être réellement. Ils parlaient avec la voix de celui qui peut contrôler son émission vocale, bref ils ne ressemblaient nullement aux sourds totaux par méningite cérébro-spinale ou autre maladie infectieuse.



FIG. 8. — ÉPREUVE DE MOURE (2e POSITION).

(1) Comme moyen mnémotechnique, nous disons : étant donné que le patient, au moment de partir a les deux pieds joints, il déviera ou tombera du côté opposé au pied qui part le premier, à droite si c'est le pied gauche et inversement si c'est le pied droit.

Cependant un certain nombre de ces hommes étaient bien réellement atteints de surdité, ainsi que nous avons pu le constater chez quelques-uns d'entre eux, revenus dans la vie civile *définitivement* réformés. Les faits de cécité par ébranlement nerveux, quoique rares, ont été signalés; il n'y a pas de raison pour qu'il n'y ait pas des surdités analogues.



FIG. 9. — SPIROMÈTRE DE COISSARD.

* * *

Durant la guerre le larynx n'a pas été épargné par des blessures qui, plus ou moins graves, portaient sur la muqueuse, les muscles, les nerfs ou la charpente de cet organe.

Les aphonies ou troubles de l'articulation vocale par commotion n'ont pas été rares; aussi, presque au début des hostilités, chaque centre spécial a-t-il été invité à organiser, suivant ses ressources, une école de rééducation orthophonique et aussi une école de lecture sur les lèvres. La première pour guérir les bègues et les aphones, la deuxième pour apprendre aux véritables sourds à lire sur les lèvres de leurs interlocuteurs ce que leurs oreilles ne leur permettaient plus d'entendre.

Certains Centres ont été particulièrement bien organisés. Dans cet ordre d'idées, nous citerons celui de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, dirigé par M. Marichelle; celui de Nantes, placé tout d'abord sous la direction du docteur Texier, puis du docteur Liébault, chefs de Centre de la XI[e] Région et de M. Coissard, professeur à l'Institution des sourds-muets et aveugles de cette ville. Celui de Lyon, était sous la direction du professeur Lannois. A Bordeaux j'avais, dès le mois de décembre 1914, organisé un service de ce genre qui avait été confié à M. Robert, ancien directeur de l'école des sourds-muets et aveugles. Les services rendus par les écoles de rééducation professionnelle ont été considérables.

Les mutilés de la parole étant presque tous des fonctionnels, il était naturel de leur appliquer, dans ces écoles de rééducation, les mêmes méthodes que chez les individus d'avant-guerre atteints de troubles du langage. Beaucoup d'entre eux ne savent plus parler, d'où la nécessité de leur faire, par l'*orthophonie*, une rééducation de cette fonction. L'étude de ces malades a montré, d'ailleurs, que non seulement l'organe laryngé fonctionnait mal, mais aussi tous les organes qui, de près ou de loin, concourent à la phonation, tous les groupes musculaires qui entrent en jeu dans l'acte de la parole.

C'est pourquoi la rééducation d'un aphone de guerre comprenait une éducation respiratoire et une éducation laryngée. La respiration étant courte, avec inspiration et expiration brèves se marquant par une capacité respiratoire très faible oscillant en moyenne aux environs de un litre au maximum, tout aphone était soumis à des exercices de gymnastique rythmée avec contrôle au spiromètre des progrès obtenus, en même temps qu'on lui apprenait à utiliser le souffle et à le débiter lentement sans pousser : l'emploi du chrono-pneumomètre a été pour cela très utile. L'éducation laryngée cherchait en même temps par la pose de la voix à empêcher le malade de serrer, à lui faire émettre d'abord un son grave, puis, en cultivant ce son émis dans de bonnes conditions, à lui faire retrouver la totalité de la parole. L'expérience a prouvé qu'il y a une relation à peu près constante entre l'augmentation de la capacité respiratoire et les progrès de la voix, celle-ci étant généralement récupérée complètement lorsque la capacité respiratoire est redevenue normale.



FIG. 10. — CHRONO-PNEUMOMÈTRE.

D'une façon générale, les résultats obtenus par les méthodes de rééducation ont été satisfaisants : les aphones sincères ont, pour la plupart, retrouvé leur voix et ont repris leur place dans le service armé; il y a eu de ce fait une récupération intéressante.

Les sourds ont également été l'objet de soins constants dans ces mêmes écoles de rééducation ; on a pensé, au début, obtenir beaucoup

par la rééducation auditive proprement dite, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants : ni les appareils vibratoires, ni la rééducation à la voix n'ont fait entendre d'une façon pratique les sourds de la guerre. Par contre, l'enseignement de la lecture sur les lèvres a été d'un précieux secours : en tous points semblable à celui que l'on donne aux sourds-muets congénitaux, cet enseignement a permis à ces malheureux de communiquer avec leurs semblables et par conséquent de reprendre contact avec la vie courante.

Pendant la guerre, indépendamment des observations insérées dans les rapports par plusieurs chefs de Centre, un certain nombre de travaux ont été publiés sur les diverses questions touchant l'O. R. L.

Certains centres se développèrent au point de pouvoir disposer de plusieurs centaines de lits et avoir, pour assurer leur service, souvent très compliqué, un ou plusieurs assistants qui, malheureusement, n'ont pas toujours eu toute la stabilité désirable pour faire de la bonne et utile besogne.

Le nombre des malades examinés, soignés ou opérés à l'intérieur a atteint un chiffre vraiment invraisemblable et, pour ne citer qu'un exemple, le centre de la 18e Région que j'ai eu à diriger depuis le 1er novembre 1914 jusqu'à ce jour, avait eu au 31 Décembre 1918 à hospitaliser 15.363 malades. Sur ce nombre, 6.884 avaient été opérés.

Les centres spéciaux ne se bornèrent pas à assurer les soins aux malades ou blessés, ils furent également utilisés pour donner leur avis sur l'aptitude des hommes qui voulaient entrer dans l'aviation, ou dans les postes de T. S. F.

Ils eurent aussi à faire de nombreux rapports médico-légaux, à proposer aux Conseils de réforme les hommes bons pour le service armé, pour l'auxiliaire, la réforme temporaire ou définitive, avec ou sans allocation ou même avec pension.

Bref, les centres O. R. L. justifièrent largement les espérances que l'on avait fondées sur eux en les utilisant et en organisant. leurs formations hospitalières. On devra donc dans d'autres occasions se rappeler les services considérables qu'ils ont rendus aux hommes malades ou blessés et par conséquent à l'État.



FIG. 11. — ÉDUCATION DES RÉSONATEURS : ARTICULATIONS.

L'Oto - Rhino - Laryngologie aux Armées. — Ce n'est pas seulement à l'arrière que la spécialisation des hôpitaux a rendu des services ; le G. Q. G. ne tarda pas à reconnaître la nécessité d'appliquer à l'avant les mêmes principes et d'organiser pour les troupes en campagne des services O. R. L. dont la nécessité s'était fait sentir dès les premiers moments de la guerre, après la première Marne.

La stabilisation des hommes dans les tranchées fut pour certains directeurs de corps d'armée, notamment pour M. le Médecin principal Sudre, directeur du 10e C. A., l'occasion d'installer dans leurs ambulances des consultations O. R. L. destinées à empêcher l'effritement de leurs effectifs. Les premières organisations de fortune furent faites dans la plupart des C. A. à l'aide de spécialistes recrutés parmi le personnel médical de leurs ambulances. Tel O. R. L. de carrière, ou soi-disant tel, fut chargé d'assurer une consultation spéciale sur laquelle étaient dirigés les malades envoyés la plupart du temps par les médecins régimentaires ou venant quelquefois des formations non endivisionnées se trouvant dans les régions avoisinantes. Cette manière de procéder ne tarda pas à se généraliser à tel point que le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé songea à organiser officiellement à l'avant des services de consultation, même des ambulances d'O. R. L.

Les blessures des voies aériennes supérieures par gaz vinrent encore démontrer combien il était indispensable d'utiliser les spécialistes pour le traitement des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez, occasionnées par l'ypérite ou ses succédanés. Pour rendre cette organisation plus effective et lui permettre de répondre aux besoins de la guerre moderne, M. Justin Godart pria MM. les docteurs Lubet-Barbon et Moure de se rendre aux armées et, après avoir visité les organisations sanitaires de l'avant, de proposer un projet permettant d'utiliser les spécialistes O. R. L. au mieux des intérêts des malades et de l'armée.

La première condition à remplir fut de connaître le nom des médecins spécialisés qui se trouvaient

aux armées, d'en dresser la liste, et ensuite d'indiquer leur utilisation d'après leur âge et leurs capacités professionnelles.

En novembre 1917, nous présentâmes un premier rapport dont les conclusions ne furent pas tout d'abord acceptées. C'est seulement au mois de février 1918, après deux nouvelles visites au front avec mon collègue et ami Lubet-Barbon, que nous présentâmes au Ministère un second rapport dans lequel nous écrivions ce qui suit (1) :

« Les O. R. L. ont pour mission spéciale :

« 1° De soigner un certain nombre d'affections pouvant être traitées et guéries dans la zone des armées ;

« 2° D'empêcher un nombre considérable d'éclopés des oreilles, pouvant néanmoins être utilisés dans les services de l'avant, d'être évacués à l'arrière ;

« 2° D'établir d'une façon rigoureuse des relations de cause à effet pouvant ou non exister entre les affections observées et le service militaire.

« Pendant la période de combat, l'O. R. L. aura pour but d'empêcher l'évacuation à l'arrière des blessés légers

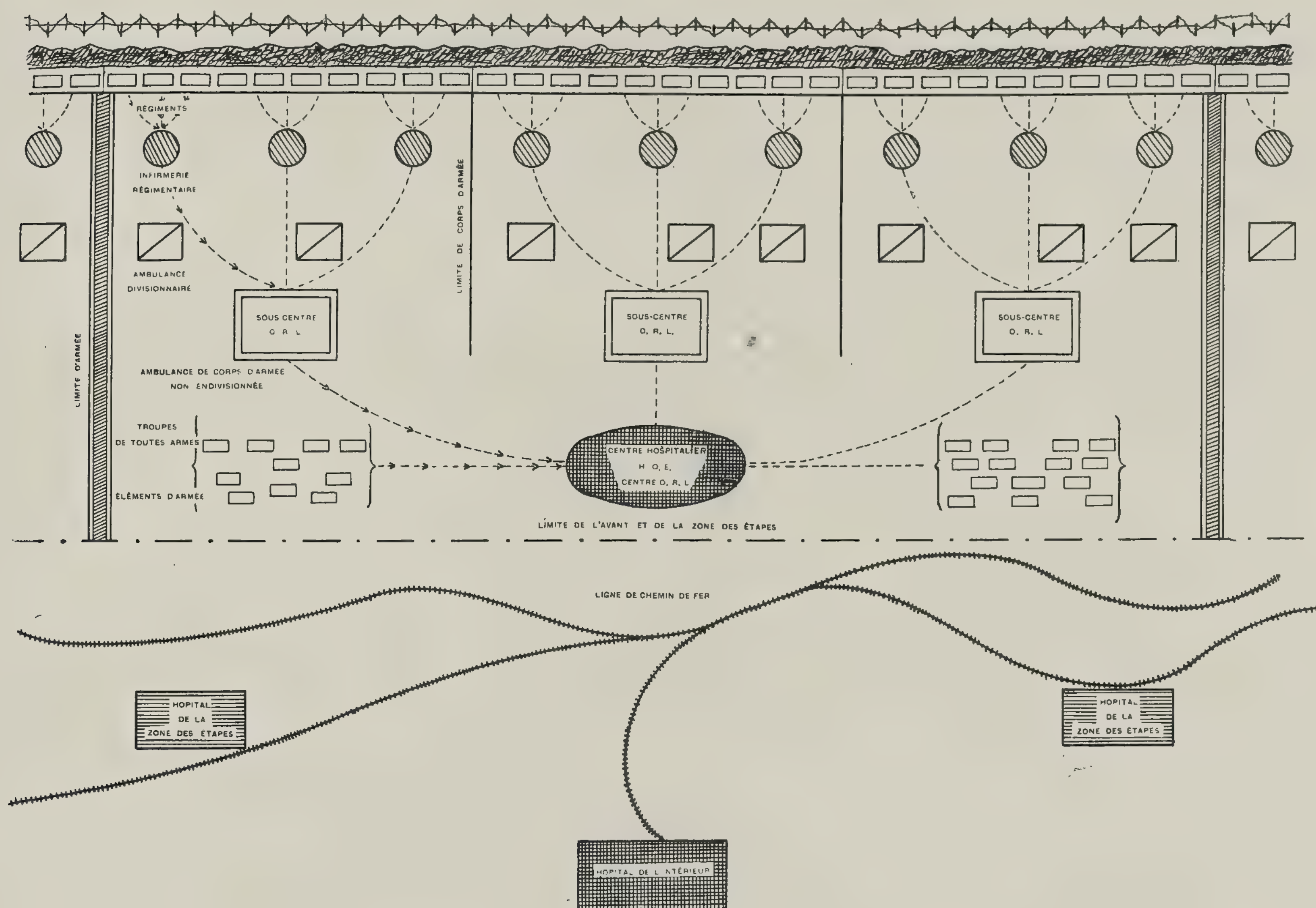


FIG. 12. — SCHÉMA DU SERVICE MÉDICAL O. R. L. AUX ARMÉES (MOURE).

afin d'éviter l'effritement des effectifs. Il devra en faire le triage aux divers échelons et assurer leur répartition soit dans l'H. O. E., cas urgents très rares, soit dans la D. E. ou même à l'arrière lorsque la blessure paraissait être grave.

« Il aura aussi à examiner les commotionnés de l'oreille, souvent d'accord avec le psychiatre, de manière à pouvoir leur constituer un dossier contenant l'origine des troubles observés par lui avant de les renvoyer sur les D. E. ou à l'intérieur.

« Il s'occupera des plaies du larynx et de la trachée pouvant nécessiter un traitement pour lequel le spécialiste peut seul avoir la compétence nécessaire.

« Il devra être capable de faire une trachéotomie d'urgence, mettre en place une sonde œsophagienne, faire une hémostase laryngo-trachéale, libérer les voies aériennes pour éviter l'emphysème.

(1) Extrait d'un rapport présenté au Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé le 15 février 1918, par MM. Moure et Lubet-Barbon, chirurgiens consultants O. R. L. du Service de Santé.

« Pour remplir ces différentes missions, il fut décidé, que des spécialistes seraient attachés au corps d'armée qu'ils devaient suivre dans tous leurs déplacements, emportant avec eux leur matériel et s'installant sur l'ordre du Directeur à tel endroit jugé par ce dernier le plus propre à colliger les malades adressés par les médecins régimentaires, pour examens ou soins spéciaux.

« Ces spécialistes avaient une instrumentation limitée adaptée à leurs besoins, dont la nomenclature avait été établie par la Direction du Service de Santé, à Paris.

« Cette manière d'utiliser les spécialistes par corps d'armée permettait à toutes les formations d'avoir toujours à leur disposition leur O. R. L. qui pouvait, en toutes circonstances, rendre aux armées en campagne les services qu'on était en droit d'attendre de lui.

« Les fonctions de ce spécialiste de corps d'armée étaient :

« 1° De renvoyer à l'avant les soldats porteurs d'affections chroniques anciennes, non curables, des oreilles ou des premières voies respiratoires (otorrhées chroniques avec drainage suffisant, rhinites variées) qui restent compatibles avec le service armé, et ont seulement besoin de quelques soins d'hygiène et de surveillance. Sa compétence et sa qualité de spécialiste le mettaient à même de prendre sur lui la responsabilité de ses décisions, et d'enlever cette responsabilité aux médecins de régiment, trop imbus de cette idée que toute otorrhée chronique présente toujours une gravité particulière ; le spécialiste faisait la distinction entre les suppurations d'oreilles réellement graves et celles qui, n'étant pas curables, restaient compatibles avec tout service. Il mettait le médecin de régiment au courant de son opinion, il puisait dans sa science et sa conscience la force de faire comprendre au malade qu'une affection compatible avec la profession de couvreur, de maçon, de notaire ou de laboureur qui, dans la vie civile, n'exige que peu ou pas de soins, l'est aussi avec le service de la tranchée où il le renvoyait, quitte à le faire revenir de temps en temps à sa consultation.

« 2° Il pratiquait dans son ambulance, les petites opérations que l'on exécute d'habitude dans son cabinet ou dans son dispensaire, opérations n'exigeant qu'une anesthésie locale telles que : ablation des amydales, de végétations adénoïdes, polypes du nez, hypertrophie des cornets, paracentèse, curettage de granulations de la caisse, trachéotomie d'urgence. Presque toutes ces interventions étaient faites en général sur des ambulants, mais, à cause de la difficulté qu'il y avait à les surveiller ou à leur donner des soins dans leur infirmerie régimentaire, ces malades étaient hospitalisés pendant le temps nécessaire à la cicatrisation. Ce laps de temps ne devait pas dépasser quinze jours à trois semaines.

« 3° Il examinait les commotionnés et établissait d'une façon précise et complète tout dossier concernant les origines des affections observées par lui ; il conservait l'observation de la maladie, de ses causes, et un duplicatum de tout ce qui concernait le soldat examiné, soigné ou opéré de façon à ce qu'on puisse toujours retrouver dans les archives du corps les éléments initiaux qui manquaient si souvent à l'arrière, les hommes ne les conservant pas ou ne les communiquant que s'ils leur étaient favorables.

« 4° Il envoyait sur le C. H. spécial d'armée voisin tous les cas graves, soit parce qu'ils nécessitaient une grosse intervention, soit parce qu'ils rendaient le soldat inapte au service de l'avant. L'O. R. L. ne devait pas conserver des unités utiles capables de trouver dans leurs affections des raisons plausibles, et justifiées d'ailleurs, pour faire défaut à leurs chefs à un moment donné.

« Tout homme évacué par un spécialiste de corps d'armée devait l'être sur le centre spécial de l'armée à laquelle il appartenait. »

Au-dessus du spécialiste de corps d'armée avait été créé une sorte de chef de Centre O. R. L. ayant une installation plus complète, c'est-à-dire ayant une salle d'examen, de consultation et même d'hospitalisation placée soit dans l'H. O. E., soit dans le C. H. Suivant la disposition de l'armée qui tantôt s'étendait en largeur, d'autres fois s'étendait en profondeur, il existait un ou deux chefs de Centre.

Ce dernier aurait dû avoir une analogie complète avec le chirurgien consultant d'armée et remplir auprès du Directeur d'armée le rôle du chirurgien consultant d'armée. Comme ce dernier, il aurait pu être le conseiller technique permanent du médecin d'armée pour tout ce qui concernait l'organisation O. R. L. de cette armée.

Il devait conserver la direction de son service hospitalier et avoir à côté la surveillance O. R. L. de l'armée, centralisant les rapports spéciaux, s'assurant que chaque spécialiste était bien à sa place et remplissait convenablement le rôle qui lui était dévolu.

En cas d'attaque, il devait se porter sur le point où se trouvaient les blessés de manière à assurer rapidement le service de l'avant des C. H. ou des H. O. E.

Suivant l'importance de son centre, il avait avec lui un ou deux assistants qui lui servaient d'aides, et le suppléaient en cas d'absence



25 juin 1918. — 4 juillet 1918. — 17 août 1918.

FIG. 14. — JULES N..., 26 ANS, 2e CLASSE, 221e INFie.

Blessé le 24 juin 1918, au Mont-Rouge, par E. O. Large plaie allant de la joue droite à la gauche; section complète du nez et de sa cloison à la partie médiane. Fracture du maxillaire supérieur. Le plancher des fosses nasales est intact.

Le même jour le blessé entre à l'H. C. 34 *bis*. A l'arrivée, mise en place de l'appareil dilatateur d'Huguet pour éviter l'atrésie des fosses nasales et l'aplatissement du nez; nettoyage, excision parcimonieuse des débris dermiques, régularisation des lèvres de la plaie; onze jours après, suture.

Suites excellentes, suppuration insignifiante, les drains métalliques sont sortis et nettoyés tous les jours.

Blessé guéri.

Muni d'un outillage important, bien aidé, avec des locaux personnels appropriés, il aurait pu faire toute chirurgie d'urgence, pratiquer les examens en vue de modifications ultérieures dans la situation des militaires, examiner en deuxième ressort les commotionnés, rectifier s'il y avait lieu les diagnostics des chefs de Sous-Centres, établir le plus complètement possible la fiche individuelle du soldat, indispensable pour faire valoir, le cas échéant, les droits éventuels de ce dernier. Tous ces renseignements, dont il aurait gardé copie se seraient ajoutés à ceux du billet de consultation.

L'O. R. L. d'armée avait pour mission de renvoyer à leur corps les malades guéris par lui; et à l'intérieur les incurables dont l'affection était incompatible avec le service armé, où les hommes dont un trop long séjour dans la zone des armées était une cause d'encombrement prolongé. Le chef de Centre devait donc s'abstenir de toute intervention ne devant pas rendre récupérables les hommes qui en étaient l'objet ou bien les opérations exigeant des traitements devant dépasser deux mois; cure radicale (sauf accidents septiques ou cérébraux) tumeurs malignes, etc. Ces malades devaient être envoyés à l'intérieur, ainsi que les opérés chez lesquels il n'était plus nécessaire que l'opérateur lui-même continuât les soins.

Cette disposition générale des Oto-Rhino-Laryngologistes n'empêchait pas que, lorsqu'une division ou un régiment possédait un médecin assez au courant de la pratique de la spécialité, on utilisât ses connaissances spéciales au profit des malades de leur formation.

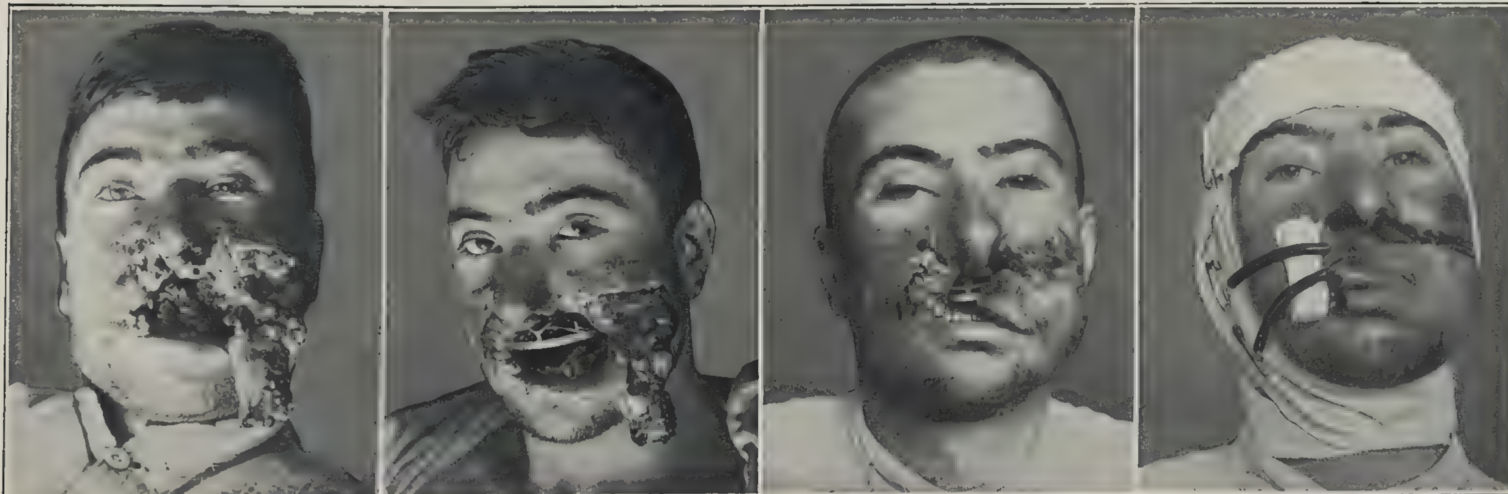
Malheureusement tous ces desiderata exprimés à plusieurs reprises dans nos rapports, acceptés après discussion par le G. Q. G. et aussi par le Ministère, n'ont pas toujours été appliqués comme ils auraient dû l'être. Dans les armées les chefs supérieurs n'ont pas toujours veillé à l'exécution de ces propositions et les organisations spéciales n'ont peut-être pas rendu les services importants qu'on était en droit d'en attendre, étant donné le zèle, l'activité et le dévouement avec lequel tous les chefs de Centres et de Sous-Centres ont rempli leur devoir.

Le schéma ci-joint (fig. 12) indique d'une façon tout à fait précise la manière dont pouvaient fonctionner au front, en cas de stabilisation des troupes, les services d'O. R. L. qui ont été très utiles aux diverses formations aussi bien qu'à celles de l'intérieur.

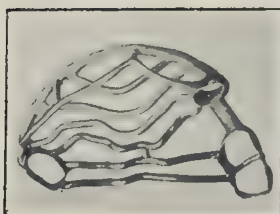
Je crois que, pour l'avenir, il y aurait lieu de se souvenir de cette organisation spéciale qui a souvent fonctionné presque parallèlement avec l'ophtalmologie. Ces installations sont, en effet, appelées à rendre des grands services aux malades ou blessés atteints d'affections ou de lésions concernant les différentes spécialités de la face.

Chirurgie maxillo-faciale. — Dans cet ordre d'idées, l'O. R. L., aidé du prothésiste, a été un aide précieux pour ceux des chirurgiens de l'avant qui ont su les utiliser pour soigner les blessures maxillo-faciales ; le prothésiste, à l'aide d'appareils de réduction et de contention, plaça les fragments de maxillaires en bonne position, ce qui permit d'obtenir d'excellents résultats et des réparations esthétiques parfaites. Aussi les équipes maxillo-faciales, un peu tardivement constituées et organisées, placées sous la direction d'un chef O. R. L. chirurgien, ont-elles été très appréciées pour les services considérables qu'elles ont rendus aux blessés, surtout au moment de l'action. J'en veux pour preuves les résultats obtenus par l'équipe de la 18e Région envoyée à Zuydcoote où elle a fonctionné du 30 Avril au 15 Juillet 1918.

D'autre part, certains O. R. L. de carrière ont été placés également dans les hôpitaux de gazés pour aider les médecins traitants à soigner et à guérir les brûlures des premières voies aériennes supérieures et empêcher



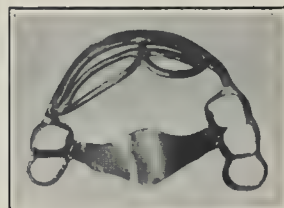
6 juin 1918. — 15 juin 1918. — 24 juin 1918. — 3 juillet 1918.



Appareil.







Appareil.



Mis en place le 6 juin 1918.

20 août 1918. — État actuel.



Mis en place le 23 juin 1918.

FIG. 13. — PAUL X..., 21 ANS, 2e CLASSE, 217e INFie.

Blessé le 30 mai 1918, au Kemmel, par E. O., entre dans le service le 31.

Large plaie pénétrante de la face; éclatement complet du massif maxillaire supérieur et des cavités sinusiennes. Effondrement de la voûte palatine. Destruction de l'os incisif.

Ce blessé arrive mourant, on lui fait des injections de sérum caféiné et d'huile camphrée. Il roule sans cesse sur sa langue les lambeaux déchiquetés de sa voûte palatine, ce qui lui provoque un mouvement constant de déglutition.

Le massif facial est en bouillie, plus trace de fosses nasales. Nous passons la sonde œsophagienne par la bouche.

La plaie est appropriée.

La réduction et la contention des fragments de la voûte palatine et du maxillaire supérieur gauche sont obtenues à l'aide d'un appareil composé de bagues fixées sur les G. M. restantes, soudées à un arc rigide et à une partie formant grille, laquelle permet à la fois l'écoulement du pus et le nettoyage facile des foyers de fractures.

Tous les jours deux heures de vaporisation.

Le 23 juin, réduction totale des fragments du maxillaire supérieur gauche et des palatins; pose d'un nouvel appareil.

Il restait à rétablir la perméabilité nasale, ce qui n'avait pas été tenté plus tôt pour ne pas gêner la réduction de la voûte.

Le 24, quelques gouttes de chloroforme sont données et deux tunnels rapidement creusés à petits coups de gouge jusque dans le naso-pharynx. Une lamelle osseuse se trouve interposée entre eux, elle fera la cloison. Mise en place de deux drains. On profite de l'anesthésie pour suturer la joue droite. Le grand lambeau gauche est laissé libre pour faciliter le nettoyage des cavités bucales et nasales.

Le 25 juillet, la voûte palatine est consolidée, la perméabilité nasale s'est maintenue suffisante des deux côtés.

Le 2 août, la lèvre et la joue gauche sont mises en place et suturées.

Je lui ai fait ultérieurement une plastique superficielle de la lèvre et de la joue (fig. 6).



Radiographie.



Radiographie.

quelquefois des complications très graves de se produire grâce aux soins spéciaux qui ont pu être donnés de suite.

Nous avons visité quelques-unes de ces ambulances spécialement affectées à cette catégorie des malades et nous nous sommes rendu compte de la nécessité absolue de placer les spécialistes de carrière O. R. L. dans ces formations. En effet, dans les derniers mois de la guerre, les brûlures par gaz ont fait un nombre de victimes beaucoup moins considérable qu'à l'époque du début où on ignorait encore le traitement qu'il convenait d'appliquer à ces nouveaux engins de guerre imaginés par les Allemands.



6 juin 1918. — 27 juin 1918. — 17 juillet 1918.

FIG. 15. — MARIE B..., 22 ANS, 2e CLASSE, 15e BAT. DE CHASSEURS A PIED.

Blessé le 5 juin 1918, au Kemmel, par E. O., arrive et est opéré le même jour à l'hôpital 34 *bis*.

Plaie pénétrante du crâne par E. O., région fronto-pariétale droite à hauteur du bregma.

Fracture du maxillaire inférieur au niveau de la symphyse avec perte de substance de deux centimètres.

Fracture du maxillaire supérieur (os incisif). Déchirure des lèvres et de la joue gauche.

Intervention : Enfoncement de la paroi osseuse sur une surface de pièce de 5 francs; fissures en pattes d'araignée. Les esquilles sont extraites, les rebords osseux régularisés.

Lavage abondant au sérum. La dure mère présente une déchirure de la grandeur d'un haricot. Les bords contus sont excisés, suture immédiate ainsi que pour la peau. Il n'est pas trouvé de projectile intra-crânien mais seulement un petit éclat situé dans le foyer de fracture.

Pose d'une gouttière sur le maxillaire inférieur pour maintenir les fragments droit et gauche en bonne position. Sur le droit (6 dents), gouttière ajourée en argent coulé; à gauche, volet sur le moignon de la branche horizontale. Des barres d'écartement relient les deux gouttières.

Nettoyage du foyer de fracture de l'os incisif. Le 20 juin, réfection de la lèvre supérieure.

Le 1er juillet, suture de la lèvre inférieure, de la commissure labiale et de la joue gauche.

Le 10 août, le blessé présentant une trusion du fragment droit et étant à demi consolidé, il faut avoir recours, pour rétablir l'occlusion normale et la forme primitive de son arcade dentaire, à un appareil de redressement (système Duchange). Dix jours plus tard, cette réfection est obtenue et maintenue par une gouttière ordinaire de contention.

Cet homme va bien. Son maxillaire supérieur est consolidé et cicatrisé; l'inférieur à peu près guéri. Pas de phénomènes cérébraux.

Un formulaire général spécial fut envoyé à tous les hôpitaux de gazés pour servir de directive aux blessés ou malades du fait des brûlures des gaz (ypérite en général).

Il eût peut-être été utile de créer entre les services de l'avant et ceux de l'arrière, une sorte de liaison qui eût permis d'avoir une continuité de soins. Mais il faut bien reconnaître qu'il n'est pas toujours facile de réaliser pratiquement les théories que nous suggèrent le temps de calme de la guerre de tranchées. La période de combat apporte fatalement un certain trouble au fonctionnement régulier de toutes les formations sanitaires, à cause de l'affluence des blessés et des variétés considérables de leurs blessures (1).

Il faut se féliciter, somme toute, d'avoir utilisé et organisé les services de spécialités comme on l'a fait dans cette guerre longue et meurtrière qui s'est terminée si glorieusement pour notre belle France.

Professeur E. J. MOURE,
Bordeaux.

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROGRÈS DE L'UROLOGIE CHIRURGICALE PENDANT LA GUERRE

La chirurgie de guerre fut une *chirurgie de rapide décision* et surtout une *chirurgie utile* au premier chef, puisqu'elle contribua pour sa part au maintien de nos effectifs.

Cette pratique de guerre qui par certains côtés différa de notre pratique du temps de paix (2) ne fut peut-être pas une *grande chirurgie*, dans le sens où on l'entendait avant la campagne, car en dehors de quelques exérèses comme les amputations ou les craniectomies qui ont mis en jeu au plus haut degré la *science des indications*, elle fut surtout ceractérisée par :

(1) Les reproductions ci-dessus proviennent de l'Equipe maxillo-faciale de la 18e Région, envoyée dans une formation de l'avant, en mai et juin 1918.

(2) F. CATHELIN. *Conférences cliniques et thérapeutiques de Pratique urinaire*, 1 volume de 550 pages et 201 figures. 2e *édition*, chez Baillière, à Paris.

1° Des débridements opportuns et efficaces; 2° un nettoyage soigné des anfractuosités; 3° une ablation précoce de certaines esquilles, fragments vestimentaires et corps étrangers; 4° un lavage sélectionné des plaies.

On ne faisait pas moins chez les héros du siège de Troie dont les blessures ont été décrites par Homère, puisque tout se réduisait à l'arrêt des hémorragies, à l'ablation des corps étrangers et à l'administration de substances calmantes.

Ce fut donc une *chirurgie méticuleuse* et dont la grandeur du but à atteindre racheta le terre à terre de la conduite à tenir.

Elle rappela même, par certains côtés, la *chirurgie ancienne manière* et ne se différencia d'elle que par la pratique étendue, à l'arrière, des *opérations autoplastiques*.

C'est le résumé de toutes les suggestions que nous donna une expérience prolongée de cette chirurgie très spéciale que nous nous proposons d'étudier ici, dans le domaine particulier de l'Urologie où nous nous sommes cantonné (1).

I. — Chirurgie de Guerre du Rein et de la Région lombaire.

Nous avons d'abord eu l'occasion d'examiner des plaies de la *région lombaire* qui ne sont pas, à proprement parler, des plaies du rein et que les services de triage ne dirigeaient sur nos Centres qu'en vertu de la *topographie* des lésions, qu'il s'agisse de blessures par éclats d'obus ou par balles, dites à tort « *explosives* ». Nous avons donc eu à soigner de ces plaies énormes, anfractueuses, à muscles déchiquetés, recouverts souvent d'enduit blanc grisâtre plus ou moins sanieux et d'où s'écoulaient d'abondantes sérosités lymphatiques, plaies peu douloureuses, d'ailleurs, malgré l'importance du traumatisme et que des pansements antiseptiques quotidiens avec ou sans lavages appropriés suffisaient à guérir.

Les plaies du rein lui-même commandaient une conduite différente, suivant la zone d'action où l'on se trouvait.

A l'avant, il pût être indiqué *d'opérer* quand les signes d'une forte hémorragie interne décelaient une déchirure importante de la glande, mais la gravité de ces plaies se compliquait souvent du fait de *lésions associées voisines* qui déterminaient l'évolution de péritonites mortelles.

Tous nos collègues de l'avant ont signalé de ces plaies *associées* du rein et du colon, du rein et du foie, du rein et de la rate, du rein et de l'estomac, etc.

A l'arrière, au contraire, la méthode qui l'a emporté a été celle de la *conservation* ou mieux de la *conservation attentive*, qu'il s'agisse de fistules lombaires urinaires et uro-purulentes ou d'hématuries qui sont bien les deux signes révélateurs d'une lésion rénale.

Jamais, dans les cas de blessures du rein que nous avons observées, nous n'avons eu l'occasion d'intervenir secondairement et toutes se sont terminées par la guérison.

En particulier, toutes les *fistules rénales* se sont fermées *spontanément*, sans même pratiquer le cathétérisme urétéral à demeure, conseillé autrefois par Albarran pour les fistules pathologiques « civiles ».

A côté de la *commotion rénale avec hématuries sans plaie extérieure* et à côté de *la plaie pénétrante rénale par balle avec hématuries*, mais fugace et sans gravité, résultant de l'*effleurage tangentiel* de l'organe par le projectile ou de sa *traversée polaire ou latérale externe*, il existe une troisième variété de blessure de guerre du rein, c'est la *contusion simple indirecte* survenant quand le blessé est frappé par un *projectile d'artillerie* qui pénètre dans les tissus de la région lombaire, s'arrête au niveau de la fosse de Corbon ou fait un séton pariétal assez profond *sans, à proprement parler, léser organiquement le rein*.

Il y a bien alors plaie extérieure; il y a bien hématurie nette et cependant il n'y a pas blessure du rein à proprement parler.

Il importe d'ailleurs d'insister sur la *rareté relative* de ces blessures, surtout des plaies propres du rein, indépendamment des lésions associées, car il s'agit là d'un organe vasculaire dont la richesse sanguine le fait ranger avec le cœur, le foie et les gros vaisseaux dans la classe de ces *organes d'élection* dont la blessure amena rapidement la mort sur le champ de bataille.

Enfin, il est encore un cas où nous pouvions rendre un signalé service au Commandement, c'est celui où, la blessure une fois guérie, on dût apprécier le *quotient sécrétoire* du rein lésé et évaluer la perte de valeur militaire ou sociale éprouvée par l'homme du fait de sa blessure.

La division des urines, en nous permettant de dissocier les urines des deux reins, tant au point de vue histologique que chimique, satisfit notre interrogation.

(1) F. Cathelin. *Chirurgie urinaire de guerre*, 1 volume de 323 pages et 187 figures, chez Baillière, à Paris.



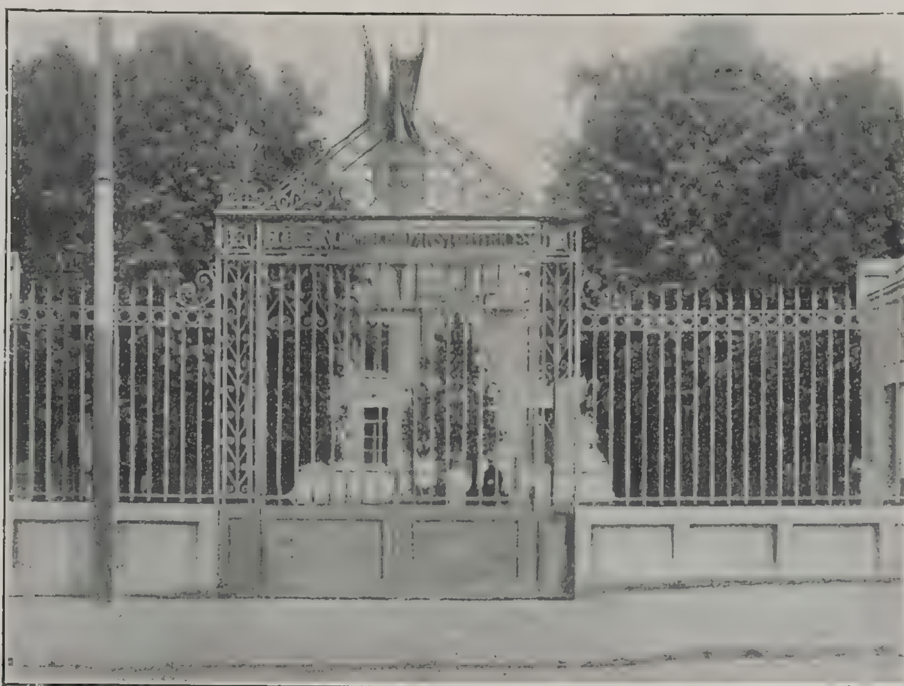
TRANSPORT DE BLESSÉS PAR PÉNICHE

Tableau de M. LEFORT-MAGNIEZ, Médecin-Major

(Médaille d'Or du Salon des Artistes Français)



II. — Chirurgie de Guerre de l'Uretère.



ENTRÉE DU CENTRE D'UROLOGIE DE LA 5e RÉGION.
(HOPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 54, A ORLÉANS.)

Nous retrouvons là encore une partie des notions signalées à propos du rein, c'est-à-dire :

l'importance de la *méthode conservatrice* dans les lésions de ce conduit ;

la fréquence, au cas de fistule, des fermetures *spontanées* qui furent presque la règle, la pathogénie des blessures variant suivant que le corps étranger frappa le soldat couché en tirailleur par derrière (balle de shrapnell) ou par la voie antérieure, après avoir traversé l'abdomen.

On cite un cas curieux où la balle était venue se loger, comme posée par une main délicate, entre la paroi de l'uretère et de la veine cave inférieure sans léser ni l'un ni l'autre. La raison des guérisons *spontanées* des fistules traumatiques urétérales, qui sont au contraire si rares dans la pratique civile, résulte de ce fait qu'il s'agit d'organe sain, *provisoirement lésé* et non touché par une tare constitutionnelle.

III. — Chirurgie de Guerre de la Vessie.

Nous en avons vu plus d'une trentaine de cas et tous les centres spéciaux ont été bien placés pour faire la même remarque sur la fréquence des plaies du petit bassin.

Les orifices de pénétration peuvent être *antérieurs*, situés au-dessus du pubis ou directement pubiens, ayant traversé l'os en entier; mais ce sont de *beaucoup* les *orifices postérieurs* qui furent les plus fréquents, dans la proportion de neuf contre un, les balles de shrapnell ou les éclats d'obus pénétrant, grâce à la position du soldat couché, par l'espace compris entre l'os sacré et l'ilion : il y a là un véritable *quadrilatère d'attaque* qui a servi maintes fois de porte d'entrée aux projectiles intra-pelviens : or, j'ai toujours été surpris de la bénignité tardive de ces lésions.

Le corps étranger a pu traverser sans grand dommage toute cette région si importante et est souvent venu tomber *délicatement* dans la vessie sans avoir lésé les vaisseaux ou les nerfs de la grande échancrure sciatique.

D'autres fois, nous assistions à des *lésions associées* d'autres organes et même à des traumatismes épouvantables avec fracture de l'os iliaque et plaie profonde et béante si favorable aux grandes infections, d'autant mieux que l'intestin et surtout le rectum étaient intéressés, compliquant alors la situation.

Là encore, il ne faut pas se hâter de pratiquer la suture de la vessie; tout le problème réside dans la question du drainage et cette *dérivation des urines* se fait :

1° par la sonde à demeure dans le cas de plaie bénigne, petite et sans tendance à l'infection;

2° par la cystostomie haute dans les cas plus importants ;

3° par la cystostomie et l'anus iliaque pour détourner les matières quand la brèche est importante, que le rectum a été également ouvert et qu'un cloaque menace de provoquer une grave septicémie.

Cette dérivation des urines par un *méat sus-pubien* fut même formellement indiquée, quand, après un traumatisme du périnée, le malade rétentionniste n'a pu être sondé et beaucoup de tailles hypogastriques nous sont ainsi arrivées du front pour des blessures de l'urètre postérieur sans atteinte vésicale primitive.

C'est ce que j'appelle des *opérations de sauvetage* qui ont conservé bien des existences et que nous devons à notre tour retoucher pour la cure radicale d'une fistule qui, par une fixation trop parfaite de la vessie à la peau, tarde ou refuse à se fermer spontanément.

La question des *corps étrangers intra-vésicaux* a donc été une des plus curieuses de cette chirurgie de guerre.

Ils ont été *très nombreux*, et peut-on dire, presque jamais enlevés à l'avant. Beaucoup n'ont été que des *trouvailles* chez d'anciens blessés qui même, avaient regagné leur dépôt et que des spécialistes de carrière ont pu facilement déceler.

Un des modes employés pour le diagnostic fut la *radiographie* et la *radioscopie*, mais ce procédé reste encore assez imparfait, car il n'aboutit, en somme, qu'à la révélation de *corps métallique pelvien*, sans localisation précise.

Je sais bien que des manœuvres habiles peuvent plaider en faveur d'une localisation *vésicale*, quand on trouve, par exemple, une *mobilité* assez grande du projectile sous la percussion du doigt rectal, avec une vessie pleine. Il est certain que le déplacement du corps étranger, sous la pression renouvelée du doigt et suivant les changements de position que prend le malade, milite en faveur d'une localisation vésicale, mais on ne peut avoir une certitude, de même qu'en étudiant les migrations du projectile suivant l'état de vacuité ou de plénitude du réservoir.

Tout autre est la *cystoscopie* qui reste vraiment le procédé *simple, rapide et sûr*, ignorant les *défaillances* des autres techniques.

C'est lui qui permet même d'apprécier la forme, la nature, la grandeur, la grosseur et le siège du projectile, d'où cet axiome de chirurgie urinaire de guerre que j'ai donné jadis :

Une cystoscopie s'impose systématiquement après une radiographie ou radioscopie qui révèle un projectile pelvien, surtout en position médiane.

Un corollaire des *découvertes tardives* de corps étrangers intra-vésicaux, est leur *enrobement* presque constant par des *sels calcaires*. Ce ne sont plus des éclats d'obus ou des balles que nous retirions, mais bien de *véritables pierres* au centre desquelles est le corps métallique primitif. Bien entendu, cette incrustation résulte d'une infection venue soit par le trajet lui-même (infection colibacillaire ou exogène), soit par la sonde, quand le blessé rétentionniste après le choc, a été plusieurs fois sondé.

Enfin un enseignement découle tout naturellement des constatations que nous avons pu faire : c'est *l'importance primordiale*, dans le but d'éviter le nombre et surtout la gravité des plaies de vessie, *de conseiller à tout soldat d'uriner avant un assaut*, de façon que si une balle malencontreuse vient à raser le pubis, elle n'intéresse pas la vessie en plus de l'intestin; bien cachée et *ratatinée* derrière son auvent pubien, elle pourra alors échapper au traumatisme.

La méthode de choix pour enlever ces corps étrangers est la *taille hypogastrique*, qui ne présente aucune gravité chez ces jeunes soldats. Il est rare que l'on puisse extraire beaucoup de ces projectiles par le canal, à cause de leur grosseur, mais dans le cas de volume réduit, le lithotriteur ou des pinces appropriées rendront des services.

IV. — Chirurgie de Guerre du Pénis et du Canal (1)

La note dominante dans les blessures des organes sexuels est leur fréquence extrême et l'on restera étonné quand le Sous-Secrétariat d'État du service de Santé Militaire en donnera plus tard le nombre exact.

J'en ai vu, pour ma part, plus d'une centaine de cas et cette proportion a été vérifiée dans tous les Centres.

Comme ces plaies ont été surtout fréquentes dans la première partie de la guerre, c'est-à-dire dans la guerre de mouvements, on a prétendu que les tirs très abaissés des Allemands y avaient été pour quelque chose. En réalité, là comme ailleurs, le hasard a joué le plus grand rôle et de même qu'il a dénoué bien des solutions dans les batailles, de même il a renversé bien des dogmes médicaux.

Là encore, nous retrouvons dans toute sa pureté le principe de la *conservation* qui nous a toujours réussi.

Une verge ne tiendrait-elle plus que par un fragment de canal qu'il faudrait la garder et ne pas conseiller l'amputation d'un organe dont la perte engendrera plus tard des troubles mentaux certains, même chez ceux dont le moral est le mieux équilibré.

Une des *déformations* les plus curieuses



CENTRE D'UROLOGIE DE LA 5e RÉGION. — UNE SALLE DE BLESSÉS.

(1) Nous ne parlons pas des blessures de la prostate ni du périnée avec intégrité du canal, à cause de leur rareté. Nous n'en connaissons pas plus d'une douzaine de cas.



CENTRE D'UROLOGIE DE LA 5e RÉGION. — LE LABORATOIRE DE CHIMIE.

qu'on a pu observer a été caractérisée par ce que j'appellerais l'*exfoliation préputiale* du pénis, véritable *dépouillage de la verge* au cours duquel le prépuce est venu se placer à côté du pénis lui-même, resté libre ou adhérent aux tissus voisins (peau du ventre, du scrotum).

J'ai montré que cette lésion ne pouvait se produire que chez les anciens phimositiques et jamais chez un homme dont le gland est normalement découvert.

Ce qui est remarquable, c'est que toutes ces blessures de l'appareil génito-urinaire externe se sont, pour ainsi dire, *toujours* accompagnées de *blessures concomitantes* de la racine des cuisses et du bassin tant antérieures que postérieures, qu'il s'agisse d'éclats de balles, d'obus ou de grenades. Nous avons eu de même la curiosité de rechercher ce qu'était devenue la *génitalité* de ces blessés. Or, nous avons trouvé que le *déchet* au point de vue de la *procréation future* était d'un tiers.

On conçoit qu'une des conséquences habituelles de ces blessures soit le *rétrécissement secondaire urétral ;* c'est le type du rétrécissement dit traumatique avec tous ses ennuis dans la suite et pouvant nécessiter des urétrectomies partielles avec urétrorraphie circulaire.

Comme ces canaux sont durs, peu élastiques et inextensibles, véritables *canaux en bois,* d'un avenir douteux, j'ai conseillé ou de réformer ces malades avec gratification ou de les verser dans le service auxiliaire, à condition qu'ils soient affectés à des sections d'Infirmiers et de préférence à des Centres d'Urologie où ils pourraient, tout en restant à l'armée, recevoir les soins que comporte leur état.

Quand au cours de ces mutilations pénienne ou scrotale, des portions étendues de peau ont été enlevées, je conseillai des greffes à la Reverdin pour occlure en quelques jours ce qui demanderait des semaines ou des mois.

Mais, la lésion de beaucoup la plus fréquente, a été la *fistule urétrale* observée à chaque segment, mais plus fréquente à l'urètre pénien et péno-scrotal que scrotal et périnéal.

La méthode idéale de fermeture de ces *fistules urétrales* n'est ni le simple avivement, ni même l'avivement dédoublé, ni les procédés à lambeaux autour desquels on avait fait autrefois tant de bruit, mais bien la méthode du retournement fistulaire ou de l'inversion cutanée dont Reybard avait décrit le principe il y a cinquante ans.



CENTRE D'UROLOGIE DE LA 5e RÉGION. — LA SALLE D'OPÉRATIONS.

J'y ai eu recours chaque fois avec un excellent résultat et j'en ai modernisé la technique.

C'est la méthode de choix, idéale, qui m'a donné des succès constants *sans dérivation chirurgicale* des urines, sans drainage permanent par la sonde à demeure, mais avec sondages intermittents.

Je considère qu'il s'agit là d'une des acquisitions les plus précieuses de la chirurgie de guerre, dans notre domaine spécial.



CENTRE D'UROLOGIE DE LA 5[e] RÉGION. — UN COIN DU PARC.

V. — Chirurgie de guerre du Scrotum et des Testicules.

Les plaies des testicules et de leurs enveloppes ont été fréquentes au cours de cette guerre, depuis les plaies superficielles et en séton jusqu'aux plaies contuses et anfractueuses avec même *hernie du testicule*.

Je dois dire que, dans l'ensemble, elles ont été bénignes.

Là encore, la méthode de la *conservation attentive* nous a toujours donné de bons résultats et je n'ai castré le testicule hernié que lorsqu'il était recouvert de *plaques sphacéliques et nettement nécrosées, avec odeur persistante.*

L'*atrophie de la glande* a, peut-on dire, été la règle, mais mieux vaut encore pour le moral des blessés avoir un moignon testiculaire infécond qu'une bourse plate et vide.

Signalons, enfin, l'affinité toute spéciale des gaz vésicants provenant d'obus toxiques ou de nappes mouvantes pour les organes sexuels où ils ont déterminé tous les degrés de brûlures, depuis la simple rougeur et la phlyctène, jusqu'à l'ulcération plus ou moins profonde.

VI. — Chirurgie de guerre des Commotions lombaires avec Troubles sphinctériens.

Les commotions lombaires par vent de l'explosif, par éboulement ou par enfouissement, *sans qu'une plaie extérieure rappelle* le traumatisme, ont été très fréquentes au cours de la campagne et beaucoup parmi nous, en l'absence de lésions apparentes extérieures, ont pensé, au début tout au moins, à une part importante d'exagération ou de suggestion chez ces blessés.

Force fut bien, devant l'évidence et la généralité du phénomène, d'en admettre la réalité et aujourd'hui ces commotions que rien d'extérieur ne révèle sont bien connues et classées dans le cadre des lésions profondes *organiques* et sérieuses.

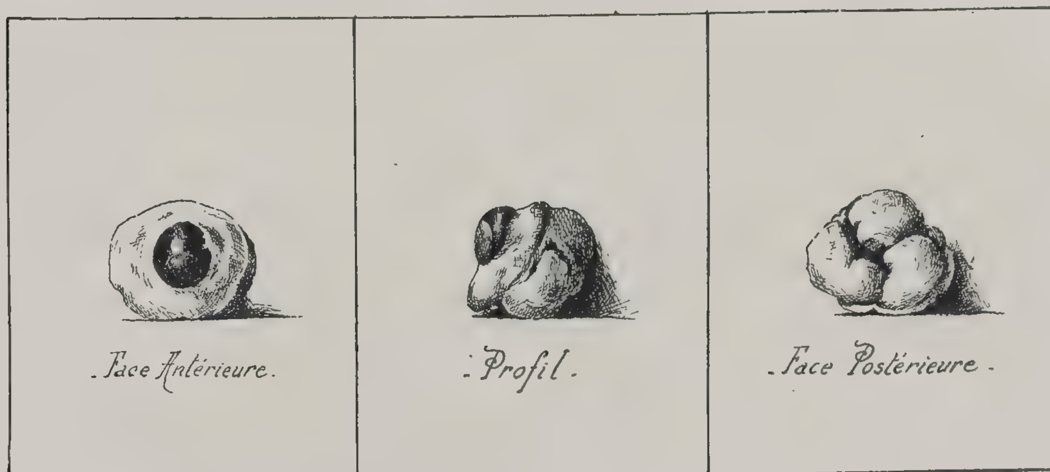
Au point de vue *anatomo-pathologique*, les lésions sont de plusieurs ordres ; ce sont des hémorragies intra-médullaires, intra-radiculaires ou intra-duremériennes, des élongations de ces divers éléments, des contusions avec dissociation des fibres nerveuses dont on connaît la fragilité, des distensions ligamenteuses et même des arrachements avec fracture des lames vertébrales.

Au point de vue *symptomatique*, on observe des troubles moteurs, paraplégie immédiate ou secondaire, transitoire ou définitive localisée aux membres inférieurs; des troubles sensitifs consistant surtout en des phénomènes d'anesthésie dans le territoire des L. et S.; des troubles des réflexes rotuliens ou plantaires, abolis; des troubles cutanés et trophiques, plus rares, tant dans les phénomènes de coloration que dans la production d'escharres; enfin, et là est le côté qui nous intéresse tout particulièrement, des *troubles sphinctériens* extrêmement fréquents et authentiquant, par eux seuls, la réalité du traumatisme.

Ce sont des *incontinences* ou des *rétentions,* surtout ces dernières, primitives ou secondaires, précoces ou tardives, transitoires ou définitives, infectées ou non.

C'est surtout ce dernier caractère qui règle la guérison ou l'*incurabilité,* le pronostic variant, suivant qu'il s'agit d'une simple atteinte fonctionnelle ou d'une lésion *organique* définitive.

La réalité des lésions, jointe au mécanisme pathogénique s'explique par la *fragilité des centres nerveux* et surtout par ce fait que la région dorso-lombaire fait une saillie d'autant plus marquée — vulnérable par conséquent — que les soldats baissent instinctivement tout le corps pendant les éclatements des percutants.



BALLE DE SCHRAPNELL A DEMI ENCROUTÉE DE PIERRE RESTÉE ENCHATONNÉE SEPT MOIS DANS LA VESSIE. TAILLE. GUÉRISON APRÈS DEUX OPÉRATIONS BLANCHES ANTÉCÉDENTES.

VII.

Affections d'ordre médical.

En dehors des blessures de guerre que nous venons d'étudier, nos Centres ont encore eu à recevoir et à traiter tous les *malades* ressortissant à notre spécialité et dont le nombre fut important dans les consultations externes annexées à nos services. En dehors des urétrites, des cystites, des prostatites et des pyélites communes, nous avons eu surtout à traiter des rétrécissements de l'urètre, inflammatoires ou traumatiques, des incontinences fonctionnelles d'urine qui, pour la plupart, ne sont que d'anciennes incontinences de l'enfance réveillées par les fatigues de la campagne; des psychopathies urinaires et génitales qui sont surtout des *congestions iléo-pelviennes* à traiter médicalement et non localement; des calculoses; de fausses pyuries et fausses albuminuries; des phosphaturies enfin et dans une proportion vraiment impressionnante, toute la classe des *tuberculoses*, en particulier les tuberculoses réno-vésicales et les tuberculoses génitales, qui, après ou sans opération, furent envoyés devant les Commissions de réforme.

* * *

Cet article résumé montre donc la diversité des lésions d un appareil important qui, malgré son peu de caractère de vulnérabilité, tout au moins dans ses segments supérieurs, a fourni cependant un contingent appréciable de blessures dans la gamme générale des traumatismes de guerre.

La création de grands Centres régionaux d'urologie qui rendirent tant de services à nos blessés et à nos malades urinaires permit ainsi, en réunissant tous les cas semblables dans des mains expertes, d'étendre le domaine des indications, d'obtenir le maximum de rendement utile et de préciser des notions dont aucune guerre antécédente ne nous avait appris les formules.

Dr F. CATHELIN,
Chirurgien en Chef de l'Hôpital d'Urologie,
Ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine,
Médecin-major, Chef de Centre urologique.

LA STOMATOLOGIE PENDANT LA GUERRE

I. — Des Services de Stomatologie militaire avant la guerre.

Avant la guerre, il n'existait presque absolument rien comme services dentaires militaires en France.

Dans l'infanterie coloniale une organisation avait été ébauchée, rendant d'ailleurs les plus grands services, avec quelques cabinets dentaires; dans quelques grandes places également: à Paris, à Lyon, à Bordeaux, Marseille, il existait quelques services dentaires.

Des soins tout a fait rudimentaires étaient donnés par de jeunes chirurgiens-dentistes, frais émoulus de l'École, faisant partie des classes de l'active.

De même, dans certaines formations, où les hasards du recrutement avaient amené un chirurgien-dentiste ou un étudiant en chirurgie dentaire, voire même un ouvrier mécanicien pour dentistes, il s'était organisé certains services dentaires dans lesquels l'extraction était l'opération la plus fréquemment pratiquée.

Ces services étaient presque en marge de la médecine militaire. Les jeunes chirurgiens-dentistes de 20 ans, bien accueillis d'ailleurs par les médecins militaires qui appréciaient leur utilité, étaient d'autant plus libres dans leur

service et agissaient d'autant plus à leur guise qu'aucun chef compétent ne pouvait les surveiller au point de vue technique.

A part quelques rares formations qui possédaient un tour dentaire, le matériel de la plupart de ces organismes mal définis était absolument désuet. En dehors de la boîte de stomatologie, nettement insuffisante et rarement rencontrée, le matériel des infirmeries de régiment ne comprenait que les pinces droites et courbes de Collin et la clef de Garengeot comme instruments d'extraction.

En résumé, les services de stomatologie n'avaient pas une organisation précise. La question dentaire, qui avait son importance, jadis, dans l'armée, quand le soldat devait déchirer la cartouche avec les dents, était à la période fœtale en voie de lente évolution.

Si certaines spécialités, comme l'ophtalmologie par exemple, étaient considérées comme des enfants légitimes de la médecine et de la chirurgie militaires, on considérait la stomatologie comme une parente éloignée, un peu honteuse, comme une spécialité de troisième ordre, presque para-médicale.

II. — Période d'organisation au début de la guerre.

Lorsque la guerre survint, comme on n avait rien prévu au sujet des services dentaires, les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes, mobilisés dès le début, rejoignirent l'affectation qui leur était indiquée, régiment ou formation sanitaire.

Au bout de peu de temps, on s'aperçut qu'on ne savait à qui adresser les officiers ou les soldats qui souffraient des dents et on réclama des dentistes.

On s'aperçut également qu'un nombre considérable de soldats traînaient dans les dépôts, comme inaptes à cause de leur dentition, et on réclama des prothésistes.

Enfin, les chirurgiens chargés de soigner les blessés de la face et des maxilliaires, blessés qui étaient extrêmement nombreux avant le port du casque et avant les mesures de prudence apprises par l'expérience, réclamèrent aussi des dentistes pour réduire et immobiliser les fractures des maxillaires par des appareils et pour remplacer les pertes de substance.

C'est à la suite de ces réclamations venues de toutes parts qu'on comprit, enfin, en haut lieu, la nécessité d'utiliser dans leur spécialité les dentistes dont on avait dit tout d'abord qu'ils ne seraient jamais que gêne et embarras.

On fit appel à la bonne volonté des dentistes dont beaucoup avaient déjà fourni ou fournirent leur matériel pour soigner les militaires souffrant des dents; on commença à appareiller quelques édentés dans les écoles dentaires et dans certaines formations.

Les chefs des centres maxillo-faciaux, dont les services étaient dans les régions, puisqu'il n'en existait pas aux armées, commencèrent à pouvoir être aidés par les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes qui se trouvaient dans les sections d'infirmiers de l'intérieur.

Plus de dix-huit mois se passèrent ainsi, avec une ébauche de centres maxillo-faciaux, de centres d'édentés et de cabinets dentaires de garnison, mais sans ordre, sans méthode, sans statut précis. Ces formations rendirent d'ailleurs de très grands services, grâce surtout à la bonne volonté de chacun.

A ce moment, le décret du 26 février et l'instruction du 27 février 1916, créèrent enfin les dentistes militaires, qui furent assimilés au grade d'adjudant; on commença à définir leur répartition et leur rôle.

Une dépêche ministérielle du 4 mars 1916 décida que les chirurgiens-dentistes non gradés seraient versés de droit dans les sections d'infirmiers. Enfin, le 9 juin 1916, l'instruction ministérielle sur les services de stomatologie, n° 8119 3/7, véritable charte des dentistes militaires, établissait d'une façon complète l'organisation des centres de chirurgie et prothèse maxillo-faciale, des centres d'édentés et des cabinets dentaires de garnison.

Depuis cette époque, le Parlement, constatant enfin qu'il y avait injustice criante à empêcher les chirurgiens-dentistes d'accéder à un grade plus élevé que celui d'adjudant, a voté une loi permettant de les nommer officiers. Cette loi a été promulguée le 18 octobre 1918 au *Journal Officiel* et les détails d'application ont été indiqués dans le décret et l'instruction du 11 janvier 1919.

Les chirurgiens-dentistes diplômés de Facultés de Médecine françaises pourront accéder à trois grades :

1° Dentiste auxiliaire, correspondant au grade d'adjudant et au titre de dentiste militaire qui est supprimé;

2° Dentiste de 2e classe, correspondant au grade de sous-lieutenant ;

3° Dentiste de 1re classe, correspondant au grade de lieutenant.

III. — Organisation générale des Services de Stomatologie à l'intérieur.

Les services de stomatologie des régions comprennent trois sortes de formations :

A. *Centres d'édentés.*

Dans chaque région du territoire existe un centre d'édentés au minimum : ce centre a été placé dans la ville où siège la direction du Service de Santé, de façon que cette organisation, née depuis la guerre, puisse être surveillée de près. Il comprend un médecin stomatologiste, quelques dentistes militaires et un nombre d'ouvriers mécaniciens-dentistes variable, suivant le nombre des édentés à appareiller dans la région ; ce nombre varie beaucoup, en effet, suivant l'importance des effectifs de la région, les origines du contingent, etc... ; c'est ainsi que certaines régions ont parfois plus de 1.000 édentés inscrits pour l'appareillage et que d'autres n'en ont pas plus de 100 à 150. Chaque mécanicien-dentiste fabriquant en moyenne un appareil prothétique par jour, il en résulte que 20 mécaniciens-dentistes, (tel est l'effectif moyen d'un centre), fabriquent 600 appareils par mois, ce qui permet d'appareiller environ 400 édentés, beaucoup d'entre eux ayant, en effet, besoin d'un appareil pour chaque mâchoire, haut et bas.

Afin de pousser au rendement intensif des Centres d'appareillage pour édentés, des primes sont accordées aux mécaniciens-dentistes travaillant le plus habilement et le plus rapidement ; c'est dans le même but qu'on a fait appel à la main-d'œuvre féminine.

La bouche des édentés (extractions et obturations) est préparée dans les cabinets dentaires de garnison, sans que l'édenté se déplace, chaque cas ayant fait l'objet d'une attribution d'appareil de prothèse qui est décidée par le directeur du Service de Santé, sur la proposition de l'adjoint technique de stomatologie de la région et d'après des indications très précises contenues dans les instructions ministérielles et définissant ce que c'est qu'un édenté au point de vue militaire.

Les édentés sont appareillés en dix jours, lorsque les gencives sont cicatrisées et ils ne sont pas hospitalisés, mais mis en subsistance dans des dépôts ; dès que les appareils sont livrés et retouchés s'il y a lieu, ils sont notés sur le livret militaire de l'homme qui est rendu aux armées.

Ce service est inspecté fréquemment ; des états mensuels précis permettent de contrôler le rendement de ces Centres d'appareillage, qui sont perpétuellement surveillés par les adjoints techniques de stomatologie des régions et par l'Administration centrale.

Le nombre des édentés appareillés et des appareils livrés était, au 1er octobre 1918, de :

1° Édentés appareillés, environ 220.000.

2° Appareils livrés, environ 350.000.

C'est une des gloires du Service de Santé d'avoir rendu au service armé, tant pour les unités combattantes que pour tous les services, une véritable armée d'hommes qui n'auraient pu être utilisés sans cette organisation, avec le minimum de personnel, soit comme médecins stomatologistes, soit comme dentistes militaires ou mécaniciens-dentistes, avec un minimum de matériel et pour un prix insignifiant, puisque la moyenne des appareils ne revient pas à plus de 8 à 10 francs.

Le personnel affecté aux Centres d'édentés de l'intérieur était, le 1er janvier 1917, d'environ 350 militaires, se répartissant ainsi :

25 médecins stomatologistes,

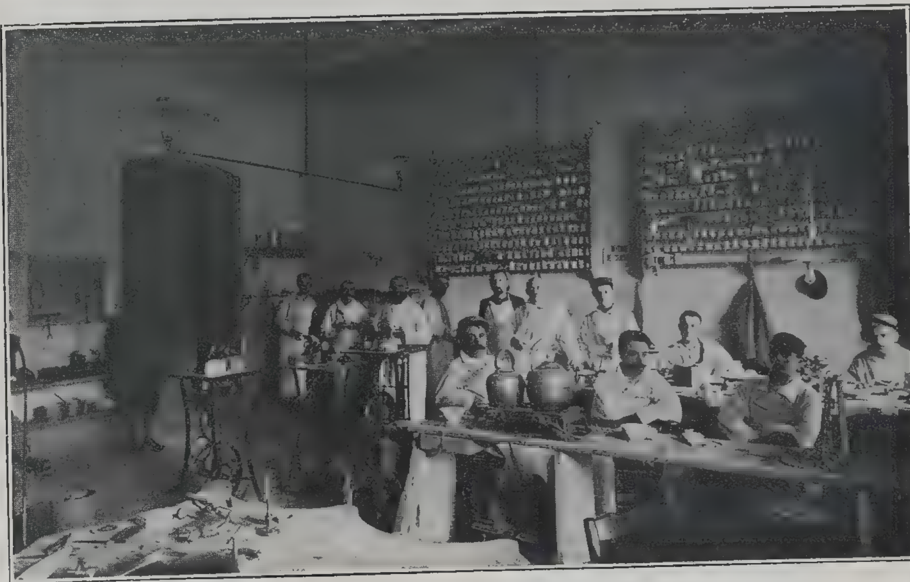
50 dentistes militaires,

20 chirurgiens-dentistes,

3 étudiants dentistes,

250 mécaniciens-dentistes.

Depuis cette époque jusqu'au mois de février 1919, le nombre a peu varié pour les médecins stomatologistes. Les chirurgiens-dentistes ayant tous ou presque tous été nommés dentistes militaires,



LABORATOIRE DE PROTHÈSE D'UN CENTRE D'ÉDENTÉS.

environ 80 dentistes militaires sont affectés aux centres d'édentés de l'intérieur; quant au nombre des mécaniciens-dentistes, il a diminué assez fortement, grâce à l'emploi de la main-d'œuvre féminine, et même, dans certaines régions, grâce à l'emploi des Annamites et des mutilés auxquels on apprend en même temps un métier assez rémunérateur

B. — *Cabinets dentaires de garnison.*

Les soins dentaires des soldats ont été donnés, au début de la guerre, sans organisation précise, dans quelques villes importantes et surtout grâce aux Écoles dentaires de Paris, Lyon, Bordeaux. Ils ne furent organisés d'une façon complète que par l'instruction ministérielle 81193/7 du 9 juin 1916. Il existait pendant la guerre environ 400 cabinets dentaires de garnison dans les régions, comprenant un personnel de 15 médecins stomatologistes et de 500 dentistes militaires.

Dans ces cabinets dentaires de garnison sont donnés non seulement des soins d'urgence (extractions et pansements), mais aussi des soins complets (obturations, etc.) ; les opérations douloureuses sont faites avec anesthésie locale. C'est là que sont préparées les bouches des édentés qui, de cette façon, restent dans leur formation pendant la période de préparation qui ne peut durer plus de dix jours et pendant la période de cicatrisation des gencives qui va de vingt à quarante jours, suivant le nombre d'extractions. De cette façon, les hommes ne séjournent que dix jours au Centre d'édentés, où ils sont appareillés, et la durée totale d'indisponibilité d'un édenté pour appareillage ne peut excéder deux mois.

Des ordres précis ont été donnés pour que les soins dentaires soient exécutés gratuitement, ainsi que l'indique une affiche placée dans les cabinets de garnison; des recommandations nombreuses ont été faites pour que l'extraction d'une dent ne soit pratiquée que si l'obturation n'était pas possible. Enfin, des inspections fréquentes sont faites dans ces formations par les adjoints techniques de stomatologie des régions et par l'administration centrale, afin de veiller à la stérilisation des instruments et à la justification des opérations marquées sur le livre journalier.

D'après les dispositions les plus récentes, il existe, dans les régions de l'intérieur, un cabinet dentaire à l'infirmerie du dépôt de corps de troupe ou camp d'instruction et dans la plus importante des formations sanitaires de la Place; enfin, si le nombre des dentistes le permet, on place un dentiste dans les formations hospitalières ayant au moins 300 lits.

Les tuberculeux reçoivent aussi les soins dentaires et sont munis d'appareils de prothèse; des dispositions sont prises afin que ces malades ne se déplacent pas pour la confection des appareils. Les ouvriers et ouvrières mobilisés reçoivent également des soins et des cabinets dentaires de garnison sont installés daus la plupart des poudreries, cartoucheries et arsenaux : une organisation plus complète était à l'étude au moment de l'armistice, d'accord avec le Ministère de l'Armement, afin de soigner les dents de toutes les personnes employées dans les usines de guerre.

Enfin, les prisonniers de guerre reçoivent également des soins dentaires et sont munis d'appareils de prothèse s'il y a lieu.

Il résulte de cette organisation générale qu'il existe un cabinet dentaire installé à l'infirmerie de chaque dépôt de corps de troupe; le système organisé pendant la guerre pourra donc subsister après la guerre et les dents des jeunes soldats pourront être soignées par les chirurgiens-dentistes faisant partie des jeunes classes de même qu'elles pourront être remplacées, si besoin est, par des appareils de prothèse exécutés dans les Centres d'édentés, à raison d'un par région.



CABINET DENTAIRE DE GARNISON.

C. — *Centres de chirurgie et prothèse maxillo-faciale.*

Les Centres de chirurgie et prothèse maxillo-faciale n'existaient pas au début de la guerre et ont été créés peu à peu, au fur et à mesure des besoins, pour les blessés de la face, fracturés des mâchoires

et particulièrement du maxillaire inférieur. Ils étaient, en décembre 1919, au nombre de 16, répartis dans le territoire de la façon suivante ; 3 à Paris, un dans chacune des régions ci-après indiquées : 3e, 4e, 9e, 10e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e, 20e.

Ces services comprennent un total de 4.000 lits, sur lesquels plus de 3.000 étaient occupés en décembre 1916 Tan dis qu'il existe un Centre d'édentés par région, il n'existe de Centre maxillo- facial que dans certaines régions ; ce sont des services de chirurgie spécialisés dans la réfection de la face et des déla brements osseux des deux maxillaires et principalement du maxillaire inférieur.



SALLE DE PANSEMENTS D'UN CENTRE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE.

Par conséquent, ils sont sous la di- rection d'un chirur gien chef de service, autant que possible spécialisé dans la chi- rurgie faciale, au quel est adjoint un médecin stomatolo giste.

Ces deux spé cialistes, qui s'assis- tent mutuellement, ont sous leurs ordres tous les aides (chirur giens-dentistes, mé- caniciens etc...) qui leur sont nécessaires.

Ne doivent être traités dans ces services de prothèse maxillo-faciale que les blessés atteints de lésions trauma- tiques de l'arc maxillaire inférieur, du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur ou de fracture de cet os ayant déterminé des trou bles dans les fonc- tions de la masti cation (fractures avec déplacement, tris mus, brides cicatri- cielles, etc.) Les au tres lésions de la face (lésions du si nus, du nez, des fosses nasales, de l'orbite, etc...) res- tent du ressort des spécialistes oto- rhino-laryngolo gistes ou ophtalmo- logistes.



LABORATOIRE DE PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE.

Les blessés ayant besoin de plastiques faciales relevant de ces spé- cialités (blépharo plasties, rhinoplas- ties, etc.), ne doivent donc pas être gardés dans les Centres de prothèse maxillo- faciale.

Sous aucun prétexte, les éden- tés ne doivent être maintenus dans les Centres de pro thèse maxillo- faciale, même si les lésions ayant amené la perte des dents sont dues à un traumatisme de guerre.

Le personnel de ces centres comprenait environ, en dehors du chef de service, en décembre 1916 :

Un médecin traitant stomatologiste Deux dentistes militaires Quatre mécaniciens-dentistes	pour 100 blessés.

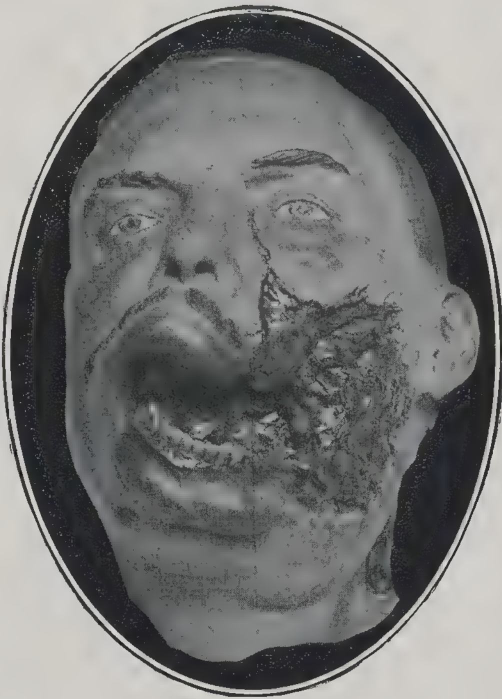
Le total du personnel affecté à ces Centres était, au 1er Janvier 1917, d'environ 40 médecins, 60 dentistes militaires, 15 chirurgiens-dentistes et une centaine de mécaniciens-dentistes, soit un total de 215 personnes.

Si on récapitule le total du personnel employé dans les services de stomatologie de l'intérieur, on arrive aux totaux suivants, au 1er octobre 1919 :

	Centres d'édentés	Cabinets dentaires de garnison	Centres maxillo-faciaux	Totaux
Médecins stomatologistes	25	15	40	80
Dentistes militaires et chirurgiens-dentistes.	80	500	70	650
Mécaniciens-dentistes	250		100	350
			TOTAL GÉNÉRAL.......	1.080 personnes.

D. — *Équipes maxillo-faciales de renfort pour les armées.*

En dehors des centres maxillo-faciaux des armées, dont il sera question plus loin au chapitre relatif aux services de stomatologie des Armées, chacun des Centres de l'intérieur pouvait envoyer, en cas d'attaque importante, une équipe maxillo-faciale de renfort, composée d'un personnel d'élite et possédant tout le matériel utile, afin de donner ses soins aux blessés de la face.



FRACTURE DES MAXILLAIRES INFÉRIEUR ET SUPÉRIEUR.
(Musée du Val-de-Grâce.)

Cette équipe se rendait immédiatement aux endroits signalés par le G. Q. G., soignait les blessés des maxillaires, les munissait d'appareils provisoires et les ramenait dans les Centres d'où elle était partie sans les abandonner un instant.

De cette façon les blessés des maxillaires pouvaient être soignés très rapidement, quelques heures après la blessure, et sans un jour d'interruption, jusqu'à leur guérison, par le même chirurgien et les mêmes dentistes militaires, mécaniciens-dentistes et infirmières. Ces sortes d'antennes des Centres de l'intérieur ont rendu les plus grands services et ont permis de sauver un grand nombre de blessés ; ils ont surtout permis de gagner beaucoup de temps pour le traitement, par suite de la rapidité du maintien des fragments, de la continuité des soins et de l'unité de direction. De plus ce système a permis au personnel de l'intérieur de se rendre compte des désordres qu'on rencontre chez les blessés frais et de le mettre à même de remplir parfaitement son rôle lorsqu'il était envoyé aux armées.

* * *

B. — Adjoint technique de stomatologie. — Les divers organismes constituant les services de stomatologie sont dirigés, surveillés et contrôlés par des médecins-majors stomatologistes qualifiés, choisis plus spécialement d'après leurs titres scientifiques et leur expérience.

Il existe un adjoint technique par région. Dans les régions où se trouve un centre maxillo-facial, l'adjoint technique de stomatologie est le chef adjoint du Centre, dont le chirurgien est le chef.

IV. — Organisation générale des Services de Stomatologie des armées.

Les services de stomatologie de l'avant sont organisés d'une façon différente suivant les armées, mais l'étude des avantages et des défauts des diverses organisations a permis d'établir un certain nombre de règles destinées à uniformiser le fonctionnement de tous ces services.

Il va de soi, d'abord, que les services de stomatologie cherchent toujours à faciliter l'œuvre du Commandement. Ils sont destinés à traiter les blessés des mâchoires et à maintenir le taux des effectifs en soignant les dents ou en les remplaçant, s'il y a lieu, afin de permettre aux combattants d'assimiler leur ration d'entretien. Leur but est de réduire au minimum et même de supprimer les journées d'indisponibilité provoquées par les lésions bucco-dentaires, de soulager les militaires qui souffrent des dents et de répandre dans la troupe les notions générales nécessaires de l'hygiène de la bouche.

Les services de stomatologie des armées comprennent :

1° Des services de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale ;

2° Des centres d'édentés ;

3° Des voitures de stomatologie ;

4° Des cabinets dentaires.

1° *Services de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale.* — Les services de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale, au nombre d'un par armée ont été organisés depuis le mois de mars 1918 ; ce sont des services de chirurgie spécialisés dans la restauration de la face et les traitements des délabrements osseux des maxillaires.

La direction en est confiée à un chirurgien chef de service spécialisé en chirurgie faciale, auquel est adjoint un
médecin sto matologiste
prothésiste.
Ces deux spécialistes
qui s'assis tent ont
sous leurs ordres tous
les aides qui leur sont
nécessaires ; chirurgiens-
dentistes, mécani-
ciens-den tistes.
Sous aucun pré-
texte, des édentés ne
sont mainte nus dans les
centres de prothèse
maxillo-fa ciale.
On fait le possible
pour créer autour du
service de chirurgie et
prothèse maxillo-fa
ciale un petit grou-
pement sto matologi-
que compre nant : un
centre de prothèse
élémentaire et un cabi-
net dentaire fonction-
nant comme cabinet den-
taire de gar- nison.



Photo Drs Gernex et Lemière.

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MAXILLAIRES COMPREND, EN GÉNÉRAL, LES PHASES SUIVANTES :

1° Irrigation continue du sérum artificiel de toutes les plaies intéressant ou n'intéressant pas la cavité buccale ;
2° Réduction immédiate, ou plus souvent des fragments pratiqués quelques jours après la blessure ;
3° Contention et maintien suivi de greffe ostéo-périostique, s'il y a lieu ;
4° Prothèse définitive.

(Chirurgie et prothèse maxillo-faciale de la 3 Région, Hôpital auxiliaire 103, à Rouen.)

L'avantage de ce groupement est de diminuer les besoins en matériel et en personnel ; un certain nombre d'instruments d'un prix relativement élevé peuvent être communs aux ateliers de prothèse. En outre, en cas d'affluence des blessés, le service maxillo-facial peut puiser parmi le personnel du Centre d'édentés ; il est à remarquer, en effet, que les périodes d'activité du Centre maxillo-facial ne coïncident pas ordinairement avec une affluence d'édentés au Centre de prothèse élémentaire. Les unités engagées dans une action importante n'envoient pas leurs édentés à l'appareillage pendant cette période, alors qu'elles fournissent au contraire un contingent de blessés très important.

2° *Centres d'édentés.* — Les Centres d'édentés sont des organisations réservées exclusivement à l'allocation d'appareils de prothèse simples. Il n'existe, en principe, qu'un seul Centre d'édentés par armée ; et ce Centre est situé le plus près possible du service maxillo-facial tout en gardant son autonomie.

Le personnel affecté à ce Centre comprend : un médecin stomatologiste chef du Centre, assisté d'un nombre variable de dentistes militaires et de mécaniciens dentistes. Leur organisation est analogue à celle des Centres de l'intérieur.

3° *Voitures de stomatologie.* — Les voitures de stomatologie sont au nombre de deux par armée. Leur personnel est composé, soit d'un médecin stomatologiste et d'un dentiste militaire, soit de deux dentistes militaires ; à ce personnel sont adjoints deux mécaniciens-dentistes et un conducteur.

Ces voitures ont pour but d'assurer les soins dentaires et d'exécuter la pose et les réparations d'appareils de prothèse dans les endroits où il n'y a pas de formation stable. Elles sont utilisées au mieux des intérêts du

service pour éviter les dé-
Elles se rendent aux for-
service dentaire régulier.
aux divisions d'infanterie
dante, aux bataillons d'ins
brancardiers de corps
naires et même aux infir

En aucun cas, elles
comme formation fixe.

En cas d'attaque,
taux d'évacuation qui
le chef supérieur du
l'armée et le personnel de
ration avec les équipes
donne les premiers soins
pour permettre l'évacua
maxillo-faciaux.

4° *Cabinets dentaires.*
de l'avant sont destinés :

1° A donner des
militaires qui ne peuvent
limité.

2° A donner des
taires qui peuvent dispo

3° A préparer la
permettre de les appa
rentrer à nouveau dans les

4° A répandre dans
d'hygiène de la bouche.

placements des militaires.
mations dépourvues de
aux groupes d'artillerie,
ou de cavalerie indépen-
truction, aux groupes de
d'armée ou division-
meries régimentaires.
ne doivent être employées

elles rejoignent les hôpi-
leur sont indiqués par
Service de Santé de
ces voitures, en collabo-
chirurgicales spécialisées,
prothétiques nécessaires
tion rapide des blessés

— Les cabinets dentaires

soins d'urgence à tous les
disposer que d'un temps

soins complets aux mili-
ser du temps nécessaire.
bouche des édentés pour
reiller rapidement et de
rangs des combattants.
la troupe les notions



VOITURE DE STOMATOLOGIE.

(Musée du Val-de-Grâce.)

Ces cabinets den taires, comprenant comme personnel un ou plusieurs dentistes militaires, suivant leur importance, sont distribués dans chaque armée de la façon suivante :

1° Un nombre de cabinets dentaires, variable suivant les ressources du personnel dans la zone d'étape, destinés à assurer les services de stomatologie des dépôts d'éclopés, état-major, bataillons d'instruction, centres hospitaliers.

2° Un cabinet dentaire par groupe de brancardiers de corps d'armée, destiné à assurer les soins dentaires des éléments de corps d'armée non endivisionnés.

3° Un cabinet dentaire avec un dentiste militaire par groupe de brancardiers divisionnaires destiné à assurer les soins dentaires des éléments de la division autres que les régiments d'infanterie.

4° Un cabinet dentaire par régiment d'infanterie.

Stomatologiste principal d'armée. — Cet officier est choisi d'après ses titres et sa valeur professionnelle ; il a, sous l'autorité du chef supérieur du Service de Santé, la surveillance technique du fonctionnement des services de stomatologie et veille à leur liaison et à leur coopération.

Il doit visiter tous les services de stomatologie de l'armée, les différents cabinets dentaires et services dentaires régimentaires. A cet effet, l'armée pourvoit, autant que possible, aux moyens de transport nécessaires à ces inspections techniques.

V. Utilité des Services de Stomatologie.

L'énumération précédente, forcément très sèche parce que très condensée, des lignes principales de l'organisation des services de stomatologie militaire, créés de toutes pièces pendant la guerre, montre toute l'importance prise par cette spécialité pendant la guerre, tant aux armées qu'à l'intérieur.

Elle montre que ces divers organismes, qui comprenaient 2.200 à 2.500 personnes, représentaient une partie importante du Service de Santé français. Dans l'ensemble, leur fonctionnement a été bon et leur but a été atteint.

Si, au moment où les propositions faites au Commandement par les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes pour l'organisation de la stomatologie dans l'armée étaient rejetées comme sans intérêt, ces spécialistes ne devant causer que gêne et embarras, un prophète était venu dire que ces services permettraient de fournir à l'armée française plus de 230.000 combattants et de soigner plusieurs dizaines de milliers de blessés, il aurait été bafoué, comme tant d'autres. Aussi, en présence de ces résultats, les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes ont-ils droit d'être réellement fiers de leurs spécialité et des services rendus au pays.

La place manque pour parler des merveilles chirurgicales et prothétiques réalisées par certains Centres maxillo-faciaux, grâce au mariage, de raison d'abord, d'affection ensuite, qui a existé dans la plupart des entres Centre le chirurgien, le stomatologiste et les mécaniciens-dentistes.

Que de douleurs soulagées, que de complications évitées, que de journées d'hôpital économisées!

L'affreuse guerre qui se termine actuellement a fait connaître aux millions de Français mobilisés l'utilité de l'hygiène dentaire, la nécessité des soins dentaires et les services qu'ils pouvaient en attendre, l'utilité pratique des appareils de prothèse : elle aura ainsi avancé, dans la nation entière, l'évolution de la stomatologie de plusieurs dizaines d'années par une propagande directe.

De plus, elle a mis en contact forcé diverses classes de spécialistes dans la spécialité, si j'ose dire, médecins, chirurgiens-dentistes et mécaniciens-dentistes, qui souvent ne s'entendaient pas très bien parce qu'ils s'ignoraient. Il en résultera donc pour le public un profit dû à la vulgarisation des connaissances techniques répandues par les uns et les autres et, pour la spécialité en général, une union plus intime, fondée non pas sur un ordre d'union sacrée, mais sur une estime raisonnée.

Dr E. SAUVEZ,
Dentiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Consultant du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé.

CHAPITRE XI

APRÈS LA BLESSURE

LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

QUAND les plaies d'un blessé sont cicatrisées, il est le plus souvent incapable, pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, de reprendre son rang dans l'armée. Il ne doit plus, à cette période, rester dans le service de chirurgie où il a été soigné, car il prend la place de blessés qui ont besoin d'une surveillance chirurgicale constante. Sa présence prolongée dans ce service contribuerait à l'encombrer et apporterait un obstacle aux évacuations rapides des zones de l'avant.

D'autre part, si le congé de convalescence donne fréquemment des modifications heureuses dans l'état général des blessés, il n'apporte guère d'amélioration dans les impotences locales consécutives aux blessures, souvent même l'inaction complète de la convalescence entraîne des raideurs, des atrophies prononcées.

C'était donc un devoir impérieux pour le Service de Santé de créer des services spéciaux, où serait assurée de façon méthodique la rééducation fonctionnelle des blessés.

Il serait injuste de dire qu'avant la guerre rien n'était organisé pour le traitement des suites tardives des blessures. Les chirurgiens s'en préoccupaient assurément, mais ils disposaient officiellement de bien peu de moyens pour réaliser ce traitement. Dans les hôpitaux de Paris les chirurgiens ou les médecins accueillaient dans leurs services des masseurs et masseuses, des électro-thérapeutes qui offraient bénévolement de traiter les blessés et malades. Il existait de petits services de physiothérapie dans certains hôpitaux, quelques belles installations privées, mais ni l'Assistance Publique, ni la Faculté de Médecine n'avaient créé de services de rééducation fonctionnelle en rapport avec l'importance des cliniques et des services hospitaliers modernes.

Parmi les installations privées, celles de quelques Compagnies d'assurances contre les accidents de travail tenaient une place importante. Les assureurs savaient ce qu'on peut obtenir pour la reprise rapide du travail, pour la réduction de l'incapacité professionnelle d'une rééducation fonctionnelle bien comprise et bien conduite.



LE BUREAU DES FICHES D'ORDONNANCES ET DE CONTROLE.
(Grand Palais.)

Aussi il n'y a pas lieu de s'étonner qu'une des premières démarches faites pour l'organisation des services de physiothérapie ait été celle du Directeur du Syndicat de garantie du Bâtiment et des Travaux Publics, qui, en octobre 1914, alla à Bordeaux offrir au Directeur du Service de Santé son installation privée pour les traitements tardifs des blessés.

Il faut louer la promptitude avec laquelle la Direction du Service de Santé conçut ou réalisa, dès le début de la

guerre, les services de physiothérapie. Leur création était décidée dès le 24 octobre 1914 par une dépêche ainsi rédigée :

« Comme il n'est pas douteux que, dans l'intérêt même des blessés, justiciables d'un traitement électrothérapique, il y ait avantage à grouper ces derniers dans des Centres pourvus d'appareils complets — qu'il est impossible d'attribuer à chaque hôpital en particulier, — j'ai décidé que cette catégorie de blessés serait réunie dans l'hôpital régional le mieux approprié en vue de cette thérapeutique spéciale.

« J'ai l'honneur de vous prier en conséquence d'adjoindre aux services centraux de radiologie prévus par une dépêche n° 9.363 2/7 du 17 octobre, un service d'électrothérapie et de mécanothérapie dans tous les cas où cette mesure sera réalisable. »



LA SALLE DE MÉCANOTHÉRAPIE (FOND DE SALLE).
(Grand Palais.)

Par la dépêche du 17 octobre, à laquelle il est fait allusion ici, il était prescrit que « le service central fût placé sous la direction d'un professeur ou agrégé de la Faculté, auquel serait adjoint un officier d'administration ».

Peut-être n'a-t-on pas assez admiré cette mesure hardie qui, sans tenir compte de la situation militaire et du grade, mettait à la tête de ces énormes services régionaux ou multi-régionaux des hommes ayant seulement un nom et une autorité scientifiques.

Ceci fut réalisé pour toutes les branches de la médecine et de la chirurgie, pour toutes les spécialités, et l'on sait quels résultats admirables fournirent ces grands services centraux de chirurgie, de prothèse faciale, d'urologie, d'ophtalmologie, de neurologie, dirigés souvent par un aide-major de 2e classe qui avait sous ses ordres des médecins-majors de 2e et de 1re classe, lesquels, d'ailleurs, lui marquaient toujours la déférence la plus parfaite.

Quelles critiques souvent justifiées ne faisons-nous pas de notre hiérarchie intangible, de notre formalisme administratif, et cependant que de beaux exemples d'adaptation rapide, de simplification de règlements, de souplesse administrative n'avons-nous pas observés à plusieurs reprises pendant la guerre ! La création rapide des Centres de spécialités par le Service de Santé est à ce point de vue des plus saisissantes.

I. Organisation des grands Centres de Rééducation fonctionnelle ou Centres de Physiothérapie.

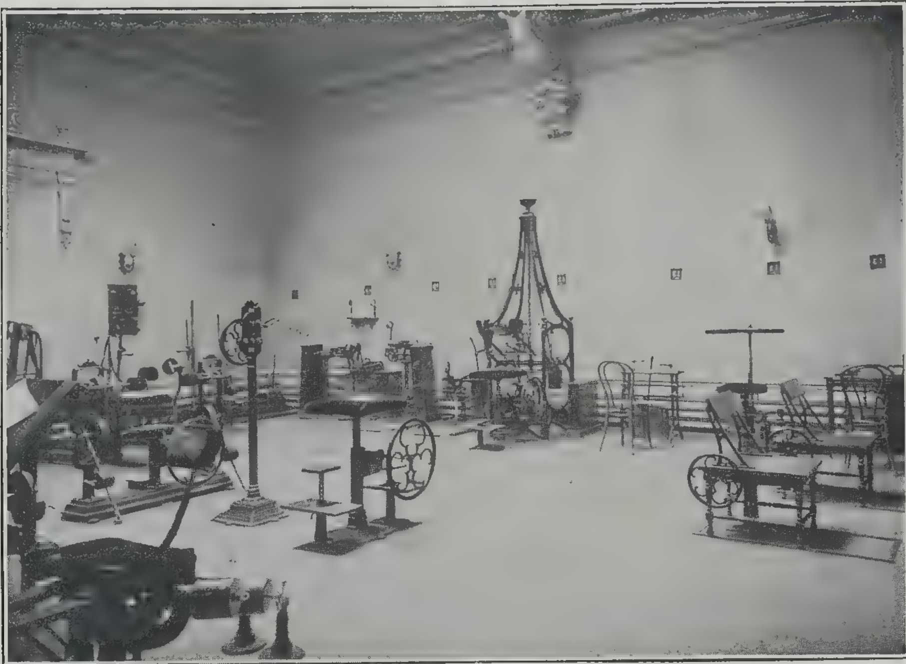
Les termes de Centre de physiothérapie ou de physicothérapie ou, encore Centre de mécanothérapie, en prenant la partie pour le tout, furent les plus employés pour désigner les grands services centraux où se fit la rééducation fonctionnelle pendant la guerre. A vrai dire, elle fut pratiquée dans beaucoup d'autres services, en particulier dans ceux de neurologie. Mais c'est surtout dans les vastes Centres de physiothérapie que des centaines et des milliers de blessés furent groupés et rééduqués méthodiquement.

Un grand Centre type comprend une série de services : de massage, de rééducation individuelle et de rééducation collective, d'électrothérapie, d'hydrothérapie, de thermothérapie, de radiumthérapie (1).

Service de massage. — Le service de massage comporte une très vaste salle ou plusieurs pièces spacieuses. Les salles de massage sont séparées par des boxes formant des cabines de massage assez grandes pour permettre à deux, trois ou quatre masseurs de travailler à l'aise. Dans chaque cabine, un masseur plus expérimenté est chef de cabine : il surveille les autres masseurs tout en massant lui-même.

Chaque cabine contient au moins un lit pour les blessés qui doivent être massés couchés ; elle contient en outre des sièges et deux ou trois petites tables pour les blessés qui sont massés assis.

(1) Dans un article antérieur, nous avons donné une description détaillée du Centre de physiothérapie du Grand Palais qui fut assez vaste et assez organisé pour assurer chaque jour le traitement de plus de 3.000 blessés. — Jean Camus : Le Corps de rééducation physique du Grand Palais (*Archives de Médecine et Pharmacie Militaires*). Fournier, éditeur. Paris, mars 1916.



LA SALLE DE MÉCANOTHÉRAPIE.

(Grand Palais.)

Le nombre de masseurs et masseuses pour un grand service est de 30, 40, 50. Dans ces services sont massés plusieurs centaines de blessés chaque jour; celui du Grand Palais a été capable d'assurer un traitement quotidien de 1.200 blessés.

Pour obtenir le nombre de bons masseurs suffisant, il fut nécessaire d'en créer de nouveaux et bien des services centraux firent des écoles de massage dirigées par des médecins. Les élèves masseurs étaient pris dans les dépôts d'auxiliaires en choisissant les plus intelligents et les plus adroits ; il fallait trouver des hommes capables de suivre les cours et d'apprendre les notions indispensables d'anatomie et de pathologie. En s'adressant à des militaires appartenant à des carrières libérales, à des artistes, des ouvriers d'art, il fut possible de créer assez vite de bons masseurs. Les aveugles de guerre, après rééducation, formèrent également un contingent important de masseurs. Un ou deux médecins étaient chargés de la surveillance générale des massages.

Service d'hydrothérapie, bains locaux d'eau chaude courante. — La salle d'hydrothérapie est voisine de celle du massage. Souvent les deux services sont confiés au même médecin, car hydrothérapie et massage sont des moyens thérapeutiques qui gagnent fréquemment à être associés.

L'hydrothérapie est employée suivant ses modalités habituelles, douches et bains généraux, mais la forme qu'on a surtout bien appris à connaître pendant la guerre consiste en des bains locaux d'eau chaude courante. Les résultats remarquables que cette thérapeutique, employée, dès 1915, au Grand Palais, a donnés ont conduit à une généralisation rapide de cette excellente méthode en France et à l'étranger. Les baignoires qui servent pour ces bains locaux sont de trois variétés : l'une en forme de long cylindre pour le membre inférieur ; l'autre en forme d'ovale allongé posé sur un support de hauteur variable, qui sert pour le membre supérieur ; la troisième est un bain de pieds. De même que les autres baignoires, ce bain de pieds présente à son intérieur deux tubes à orifice étroit qui amènent deux jets d'eau chaude dans le bain. Les jets d'eau impriment à la masse de l'eau un mouvement giratoire qui ajoute à l'action thérapeutique habituelle de l'eau chaude une action mécanique déterminant une sorte de massage très bien supporté dans les suites douloureuses des blessures.

Quand il existe un œdème inflammatoire persistant avec douleurs vives à l'occasion du massage manuel, le bain d'eau chaude courante exerce une action calmante et il contribue à la disparition de l'œdème. Il donne, en particulier, d'excellents effets dans les suites de blessures dues à des éclatements de grenades quand il existe dans les tissus un semis de corps étrangers minuscules qui ne sont pas enlevables chirurgicalement.

Il est encore à remarquer que l'eau chaude courante, par son effet calmant, permet de faire, au moment de ces bains, un massage manuel d'un membre alors que ce massage eût déterminé des douleurs vives avant le bain.

Thermothérapie et photothérapie. — Le traitement par l'air chaud est employé sous différentes formes. La douche d'air chaud avec l'appareil en forme de pistolet est connue, elle peut se combiner avec le massage. Le grand bain d'air chaud pour un membre inférieur, pour le bras, l'épaule, pour les deux membres inférieurs, le thorax, est d'un usage pratique.

Plusieurs types d'appareil pour ces bains locaux ont été créés. Les uns consistent en une simple caisse de bois munie d'une partie métallique creuse dans laquelle l'air est chauffé soit à l'aide d'une lampe à alcool, soit avec un bec de Bunsen. Dans d'autres, le bain est formé d'un réseau métallique engainé dans du tissu feutré. Les résistances électriques de ce réseau, quand elles sont traversées par l'électricité, élèvent la température du bain local.

Souvent la chaleur est fournie par des lampes électriques groupées dans l'intérieur d'une caisse dans laquelle les membres ou les segments de membres sont introduits.

Ces bains de chaleur et de lumière sont également de qualité et d'intérêt variables suivant la puissance, la couleur



Aristide QUILLET, Edit. — *F.-Ch. Baude, Del.* — HÉLIO-SADAG, PARIS

LE RÉCIT DE GUERRE DU CONVALESCENT

des lampes. La photothérapie a d'ailleurs donné lieu pendant la guerre à des essais thérapeutiques intéressants et variés.

Mécanothérapie. — Tous les services de physiothérapie ont été munis d'une salle de mécanothérapie. Les spécialistes ont accordé leur préférence soit à la mécanothérapie passive, soit à la mécanothérapie active; d'autres ont été éclectiques et ont utilisé des instruments activo-passifs. Les appareils étaient peu nombreux avant la guerre. Il en existait d'excellents, tels ceux de la série Zander ou d'un type analogue, susceptibles de donner de bons résultats dans des cas bien déterminés. Des démonstrations de foi ardente et excessive en la mécanothérapie se sont produites dès le début de la guerre sur tout le territoire français ; l'imagination des médecins s'est donné libre cours et l'on a vu naître les types les plus nombreux et parfois les plus étranges d'appareils, les uns ingénieux, les autres simplement baroques. On a beaucoup loué et beaucoup critiqué la mécanothérapie pendant la guerre. Il y a eu des abus, il y a eu des cas où l'agent thérapeutique a dépassé le but poursuivi par la physiothérapie, mais dans l'ensemble, les bons appareils et aussi ceux qui étaient passibles de critiques ont donné des résultats utiles. C'est que même avec un appareil défectueux, un médecin intelligent et convaincu a pu obtenir des résultats satisfaisants ; il en eût d'ailleurs observé dans bien des cas d'aussi bons et même de meilleurs avec une mobilisation manuelle bien comprise. Assurément tous ces appareils ont fréquemment exercé une suggestion heureuse sur les blessés et aussi sur les médecins. L'erreur a consisté à considérer la mécanothérapie comme l'agent essentiel, indispensable de tout traitement physiothérapique, alors que ce procédé est secondaire et remplaçable par d'autres.

Électrothérapie. — Le service d'électrothérapie fait obligatoirement partie du centre principal de physiothérapie et c'est à tort que certains centres secondaires en ont été dépourvus, non pas que l'électricité soit nécessaire comme agent thérapeutique dans la plupart des suites tardives des blessures de guerre, mais parce que c'est un moyen de diagnostic souvent utile, parfois indispensable.

Les modalités des traitements électriques ont varié beaucoup suivant les services et suivant les tendances des chefs de service. Ces derniers ont assez souvent mis généreusement à la disposition des blessés non seulement leur temps et leur expérience, mais encore une partie des instruments qui leur servaient en temps de paix dans leur installation privée. Les grands centres possèdent de nombreux bains galvaniques de bras et de jambes, des appareils pour courants faradiques, galvano-faradiques, ondulés, etc. Les courants de haute fréquence, la diathermie, l'électricité statique, sont souvent utilisés.

Plusieurs des remarques faites plus haut dans l'utilisation de la mécanothérapie pourraient être répétées à propos de l'électrothérapie. Là aussi il y a eu parfois des erreurs regrettables et des exemples de confiance naïve et exagérée en des procédés d'efficacité douteuse, mais, par ailleurs, que de temps passé, que de soins donnés avec un dévouement réel, un ardent désir de soulager et de guérir !

Radiumthérapie. — De très rares centres eurent du radium à leur disposition. Cet agent thérapeutique nouvellement venu dans la physiothérapie fut employé avec succès contre des cicatrices vicieuses, des compressions nerveuses par du tissu conjonctif jeune, des inflammations cutanées, des eczémas, des dermites, des pyodermites, suites de plaies de guerre, etc. La radiothérapie a fourni, elle aussi, des résultats appréciables dans des cas analogues.

Service de rééducation individuelle. — Dans ce service sont exécutés des mouvements rééducatifs des membres supérieurs, des membres inférieurs, du cou, du tronc. La rééducation de la marche y est particulièrement surveillée. Le blessé, après un long séjour au lit, surtout si les membres inférieurs ont été atteints, ne sait plus marcher correctement, il faut lui apprendre, en plaçant ses pieds sur des tapis où sont dessinés des empreintes de pas, à mieux marcher. On emploie aussi à cet usage des échelles posées par terre et le blessé doit apprendre à lever la pointe du pied en la posant sur les barreaux plats de l'échelle et successivement à lever le talon; des plans inclinés, des escaliers apprennent à monter et à descendre. Ces exercices sont strictement individuels, un moniteur s'occupe d'un seul blessé auquel il fait recommencer avec patience les mouvements défectueux.



LA SALLE DE THERMOTHÉRAPIE.

(Grand Palais.)

Service de rééducation collective. — Quand la rééducation individuelle a permis d'obtenir des résultats appréciables, les



LA SALLE D'ÉLECTROTHÉRAPIE. (Grand Palais.)

blessés qui n'ont pas une impotence trop importante sont réunis en groupe pour faire les exercices de rééducation collective.

Dans ce but ils sont mis en séries suivant le siège de leur impotence, série des bras, série des jambes, du tronc...

Le rôle des moniteurs dans cette rééducation collective est particulièrement délicat; en effet, les blessés qui composent les différentes séries n'ont jamais exactement la même nature, ni le même degré d'infirmité et il faut savoir ce qu'on peut obtenir de chaque blessé comme amplitude et force des mouvements.

Jeux, sports, exercices d'ensemble, maniement d'arme. — A la fin des traitements, les blessés sont entraînés à une série d'exercices en plein air.

Ces exercices doivent être rendus attrayants et contiennent une large part de jeux, semblables et analogues à ceux qui sont maintenant en usage à l'École de Joinville-le-Pont.

Le maniement d'armes, avec marches, courses, port du sac, est fort utile à trois points de vue: comme moyen d'entraînement, comme exercices d'épreuve de manière à ce que le médecin puisse se rendre compte si le blessé est suffisamment amélioré pour redevenir un combattant, s'il n'éprouve pas quelque gêne à porter le sac ou le fusil; enfin, si ces exercices d'épreuve ont donné satisfaction, il est nécessaire que le résultat figure au dossier du blessé. Le médecin du corps sera ainsi renseigné exactement, sur les effets du traitement et sur les aptitudes du blessé et sur les efforts qu'on peut exiger de lui.

Adjuvants des traitements. — Le travail professionnel est un des meilleurs compléments des traitements physiothérapiques. Il peut arriver toutefois que ce travail réveille des phénomènes inflammatoires mal éteints et provoque quelques complications tardives; aussi un examen médical est-il nécessaire avant que l'autorisation de travailler ne soit donnée à un blessé. Néanmoins, les contre-indications au travail sont assez rares et la réadaptation ou la rééducation professionnelles peuvent, dans la plupart des cas, se faire conjointement avec la rééducation fonctionnelle.

Assez fréquemment le chef du centre de rééducation fonctionnelle a été chargé de la direction médicale de la rééducation professionnelle, et ceci au plus grand avantage des blessés.

En général, les grands centres possèdent des ateliers pour les métiers de ville et un ou plusieurs hôpitaux agricoles.

Les congés de travail, les congés agricoles ont été admis officiellement comme moyens de traitement et ils ont donné, dans nombre de cas, de bons résultats en même temps qu'ils ont apporté au pays, en des moments difficiles, une main-d'œuvre utile.

L'expérience a cependant montré à des partisans convaincus de l'efficacité des congés de travail que bien des blessés employaient mal ces congés et revenaient au centre peu ou pas améliorés, certains même avec une impotence aggravée par défaut d'exercice. La même critique s'adresse aux congés de convalescence.

Le travail reste un bon adjuvant des traitements, mais en règle générale il doit se faire, comme ceux-ci, sous la surveillance médicale.

II. — Fonctionnement des services.

Entrée des blessés. — Les blessés qui arrivent au centre de physiothérapie viennent des hôpitaux après cicatrisation de leurs plaies ou du service médical de la place.

Les plus impotents sont hospitalisés au centre, les autres sont reçus dans un groupement intermédiaire entre celui de l'hôpital et celui de la caserne (corps de rééducation physique, dépôt de physiothérapie, centre d'observation, etc., la désignation a varié).

Parmi ces derniers blessés, beaucoup reçoivent l'autorisation de coucher dans leur famille et de travailler au

dehors. Enfin, les blessés qui sont en convalescence et qui ont besoin de traitement viennent chaque jour se faire soigner au centre à titre externe.

Après l'inscription dans ces différentes catégories, les blessés passent au service de mensuration ; les circonférences des membres, l'amplitude des mouvements, etc., sont soigneusement mesurées et les données obtenues sont inscrites sur une fiche qui servira à l'observation médicale de l'intéressé pendant son séjour au centre. Fréquemment une ou plusieurs photographies sont établies et prennent place dans le dossier avec des radiographies, s'il y a lieu, et un électro-diagnostic. Ce dossier est complété au moment de la première visite médicale qui est faite par une Commission des médecins du centre. Cette Commission établit le diagnostic, le pronostic, le degré d'incapacité fonctionnelle à l'entrée et prescrit le traitement sur une fiche spéciale. C'est cette fiche qui servira d'ordonnance pour les médecins, pour les moniteurs, pour les masseurs, etc., des salles de traitement. C'est sur cette fiche que seront inscrites chaque jour les séances de traitement que fera le blessé, si bien qu'au moment de la visite de contrôle ou de sortie qui sera faite ultérieurement, la Commission, par un simple coup d'œil sur cette fiche, connaîtra les traitements suivis, en même temps que les nouvelles mensurations inscrites au dossier indiqueront les résultats obtenus.

Contrôle et surveillance des traitements dans les divers services. — Les blessés sont groupés en séries et, à chaque heure de la matinée ou de l'après-midi, un groupe de blessés se présente à l'entrée des services de traitement. La fiche individuelle où sont inscrits les traitements à suivre est remise à chaque blessé ; muni de cette fiche il se rend au service de massage, de mécanothérapie, d'électrothérapie, de gymnastique etc... Après chaque traitement, un petit timbre à la date du jour est apposé sur la fiche dans une case spéciale. Quand tous les traitements sont faits, le blessé remet sa fiche dûment timbrée au contrôle général des entrées et des sorties.

Au cours des traitements les médecins spécialistes examinent les blessés, donnent les indications techniques aux masseurs, moniteurs d'électrothérapie, etc., notent les résultats obtenus, modifient les applications thérapeutiques suivant les progrès ou les complications qui sont remarqués.

Inspection des blessés en cours de traitement. — A périodes régulières, après une ou deux, ou trois semaines de traitement, les blessés passent à nouveau devant la Commission médicale qui les a examinés à leur entrée. Cette Commission se rend compte si les progrès réalisés sont suffisants, si ces traitements ont encore une efficacité, s'il y a lieu de les interrompre, de les modifier, ou de les cesser.

En dehors des inspections chirurgicales ou autres qui sont prescrites par le Directeur du Service de Santé, la Commission médicale demande des avis au cours des traitements de neurologistes, de médecins, de chirurgiens, d'orthopédistes, etc., de sorte qu'il soit fait appel aux diverses compétences qui peuvent concourir au soulagement et à la guérison des blessés.

Les officiers sont soignés soit au service central, soit dans des centres secondaires ; parfois, comme à Paris, dans des services qui leur sont réservés. Ils peuvent être hospitalisés ou habiter dans leur famille.

Sortie des blessés. — Tous les blessés qui sont envoyés au service central de physiothérapie n'y sont pas conservés pour être traités. Un grand nombre d'entre eux, après que les examens cliniques, électriques, radiographiques, ont été pratiqués, sont répartis dans les centres secondaires où le chef du service central ira périodiquement les visiter et prendra, pour eux, d'un commun accord avec les médecins de ces centres, les décisions nécessaires.

Les blessés qui sont gardés au service central sont, quand une prolongation de traitement n'est plus utile, soit dirigés vers le front, soit envoyés à leur dépôt pour y être réentraînés ou proposés pour le service auxiliaire ou pour la réforme.

Quelques-uns sont évacués à nouveau sur un service de chirurgie en vue d'une intervention complémentaire, ou sur un service de spécialité, neurologie, etc., ou sur un centre de prothèse.

Le dossier, complété par des observations faites pendant le séjour des blessés dans les services de rééducation fonctionnelle, accompagne les blessés à leur sortie.

De plus, plusieurs médecins chefs des centres de physiothérapie ont pris l'habitude



LA SALLE D'HYDROTHÉRAPIE — LES BAINS LOCAUX D'EAU COURANTE.
(Grand Palais.)



LA SALLE DE MASSAGE. (Grand Palais.)

de prévenir directement les médecins des dépôts du départ des blessés et de les renseigner sur les reliquats des lésions et les aptitudes des blessés.

Malheureusement ces pièces importantes ont bien souvent été inutiles, soit qu'elles aient été égarées, soit que les médecins des dépôts n'aient pas eu l'attention suffisamment attirée sur elles. Fréquemment, des blessés déclarés guéris ou capables de rejoindre le front rapidement ont été envoyés recommencer des traitements inutiles dans d'autres centres, ou ont bénéficié de convalescences non justifiées, convalescences prolongées par des médecins de place qui n'avaient pas eu connaissance des décisions antérieures. Bien souvent, après de nombreuses pérégrinations, des blessés ont été renvoyés au centre qui les avait déclarés guéris.

Ce défaut de liaison entre les centres de rééducation, les dépôts de corps de troupes, les services des places, les commissions de convalescence a rendu bien des efforts inutiles et a fait perdre bien des énergies à l'armée.

III. — Annexes des centres de rééducation fonctionnelle.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, des ateliers de rééducation professionnelle, des centres de travail agricole ont été assez souvent soit annexés à des centres de rééducation fonctionnelle, soit installés à proximité de ces derniers, sous une autorité indépendante du Service de Santé.

Les chefs des centres de rééducation fonctionnelle ont eu la possibilité d'annexer à leurs services centraux une série de services, soit à l'aide de crédits officiels, soit grâce à des bonnes volontés qui ont rarement fait défaut. Le Service de Santé, dans cet ordre d'idées, a fait confiance aux chefs de centre et avec un esprit très large leur a accordé les plus grandes facilités.

L'exemple du centre de Paris est à ce sujet très démonstratif. En dehors de son rôle considérable dans la rééducation professionnelle, il a été pourvu d'un vaste service de rééducation spéciale pour les névropathes, les exagérateurs et les simulateurs; d'un centre agricole, de plusieurs hôpitaux agricoles ; d'un service de prothèse nerveuse fonctionnant sous le contrôle de la Société de Neurologie, d'un service de moulage, d'un service de photographie et de dessin, d'un grand service d'archives, d'un musée ; d'une école de massage pour infirmiers et pour blessés aveugles, d'un laboratoire de recherches où ont été étudiées et mesurées les impotences des blessés, les aptitudes des candidats à l'aviation, etc., d'un laboratoire pour l'analyse des urines des blessés qui passaient par le centre, etc... Grâce à la générosité de la Réunion des Assureurs, ce centre fut doté de deux grands services distincts et luxueux pour les officiers, et d'un centre spécial pour le traitement des réformés et les expertises médico-légales.

IV. — Résultats.

Chaque mois, un rapport détaillé sur le fonctionnement du centre, sur les entrées et les sorties des blessés, les innovations, les améliorations réclamées, les résultats thérapeutiques, etc., est envoyé à la Direction du Service de Santé de la Région et au Sous-Secrétariat où un chef de service compétent centralise tous les renseignements et prépare les directives.

La collaboration de ce chef de service avec les chefs des régions a été fréquente et heureuse et leurs relations ont été presque toujours avantageuses pour les services et, en conséquence, pour les blessés.

Les rapports mensuels dactylographiés à un grand nombre d'exemplaires sont communiqués à tous les chefs de centre. Il y a plus: à plusieurs reprises M. le Sous-Secrétaire d'État a réuni sous sa présidence les chefs de tous



LA SALLE DE GYMNASTIQUE. (Grand Palais.)

les centres de rééducation de France aux fins d'études et d'échanges d'idées, et ces réunions très cordiales apportèrent des améliorations dans les installations matérielles des services, dans les techniques employées et dans les règlements en vigueur. Les résultats thérapeutiques y étaient discutés, les partisans de telle ou telle méthode pouvaient exposer très librement leur technique.

Il n'entre pas dans le cadre de ce rapide exposé d'apprécier les résultats acquis par les divers agents thérapeutiques, mais il doit en ressortir au moins une vue d'ensemble sur les résultats globaux qui ont été obtenus par la rééducation fonctionnelle.

Il est facile, à l'entrée d'un blessé dans un centre, d'évaluer en chiffres son impotence, son incapacité et de l'apprécier de même après la rééducation et l'intervention de la physiothérapie.

C'est ainsi que si un blessé a une incapacité de 40 °/o à son entrée, et si à sa sortie cette incapacité a été réduite à 10 °/o nous dirons qu'un gain de 30 °/o a été réalisé pendant son séjour.

Or, les gains de 30 °/o sont fréquents; les moyennes des gains varient d'ailleurs de 15 à 20 ou 25 °/o suivant la nature des blessures, — suivant le temps d'hospitalisation et d'immobilisation qui précède l'emploi de la physiothérapie et des méthodes rééducatives. C'est pourquoi il y a souvent intérêt à rééduquer les blessés pendant la cicatrisation des plaies.

Quand on connaît les gains réalisés sur l'incapacité d'un blessé, il est facile de savoir, en se reportant aux barèmes, quelle rente ou quel capital correspondent à ce gain et quelle est l'économie réalisée pour les finances de l'État par l'amélioration obtenue. Ces calculs établis pendant une période de six mois seulement pour les blessés du dépôt de physiothérapie du Grand Palais ont montré que dans ce laps de temps une économie correspondant à 20 millions de capital avait été réalisée.

Or, le dépôt de physiothérapie ne contenait qu'une partie des blessés traités au Grand Palais et ce centre a fonctionné pendant cinq ans.

Si l'on réfléchit que le camp retranché de Paris contenait plusieurs autres centres que le Grand Palais et que toutes les régions de France étaient pourvues de centres nombreux et très fréquentés par les blessés, on peut admettre que tous les centres de rééducation fonctionnelle de France ont apporté en capital une économie de centaines de millions et même de quelques milliards. Ces chiffres ne sont sûrement pas exagérés, car les calculs faits au Grand Palais l'ont été à une époque où le taux des pensions n'était pas encore relevé et ce relèvement a été considérable. Peut-être pourrait-on objecter à ces considérations que nombre des impotences auraient été améliorées par le temps sans aucun traitement. Oui, si les blessés avaient, comme en temps de paix, été obligés de travailler pour vivre, mais en temps de guerre les conditions étaient tout autres. Hospitalisés, nourris, immobilisés, souvent choyés dans les hôpitaux de l'intérieur, les blessés séjournaient longtemps dans l'inaction quand on n'y prenait pas garde et les atrophies musculaires, les raideurs articulaires, abandonnées sans traitement, s'aggravaient au lieu de s'améliorer.



LA SALLE DE RÉÉDUCATION COMPLÉMENTAIRE. (Grand Palais.)

En règle générale, les blessés arrivaient

au centre de physiothérapie six, huit, dix mois après la date de la blessure et il fallait des traitements sérieux et bien surveillés pour obtenir un gain important.

Ces gains traduits en chiffres sont évidemment impressionnants, mais ils sont peu de chose en regard du service rendu à ceux qui s'étaient sacrifiés pour le pays, en regard de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre, de l'énergie récupérée pour la production et la lutte économique d'après guerre.

Certes, les agents physiques ont eu une part sérieuse dans les guérisons obtenues, mais, en dehors d'eux, il y a eu un facteur capital auquel il faut attribuer bien des succès : c'est l'action psychique exercée sur les blessés par les divers appareils, par la variété des méthodes, par la suggestion employée consciemment ou inconsciemment par les médecins.

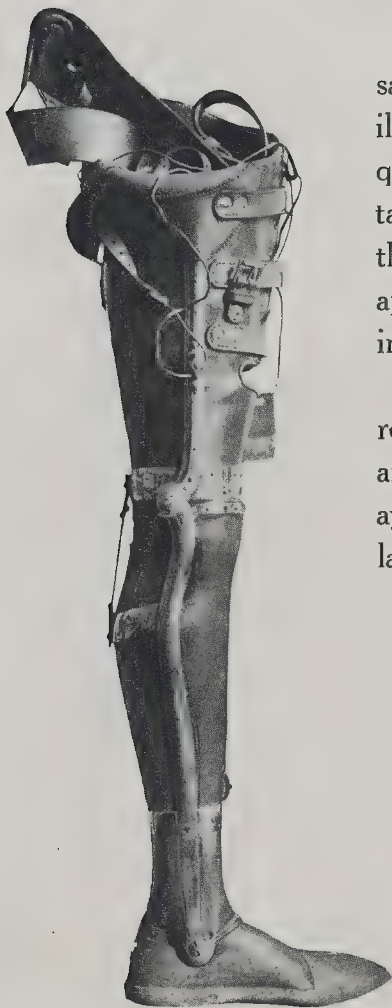
Le médecin ne rééduque pas un membre sans agir sur la volonté du blessé, et cette action sur la volonté, c'est de la psychothérapie. Parmi les impotents qui sont curables, ceux qui guérissent vite, ce sont, avant tout, ceux qui le veulent.

Une bonne rééducation ne se fait pas sans psychothérapie et le médecin doit savoir manier celle-ci avec toutes ses formes, toutes ses adaptations au caractère, aux situations diverses, aux désirs, aux craintes des blessés.

L'œuvre de la rééducation fonctionnelle a été grande ; elle l'a été par la splendide organisation des services, par la richesse et la puissance des agents thérapeutiques, mais surtout par la foi ardente des médecins et de leurs collaborateurs dans les méthodes qu'ils employaient, par le désir sincère qu'ils avaient tous de soulager, de guérir les innombrables blessés qui leur étaient confiés.

Jean CAMUS,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Ex-chef des services centraux de Kinésithérapie
et de Rééducation du Gouvernement Militaire de Paris.

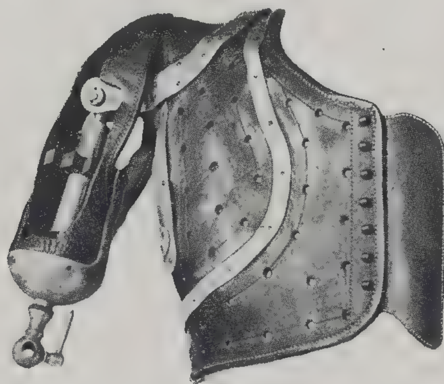
L'APPAREILLAGE DES BLESSÉS ET MUTILÉS



Les efforts chirurgicaux faits au cours de cette guerre ont sauvé bien des existences et permis de récupérer bien des blessés ; ils ont eu aussi pour résultat de réduire au minimum les conséquences des blessures les plus graves et de rendre la vie supportable à toute une catégorie de grands blessés qui, du fait d'une thérapeutique chirurgicale toujours en progrès, ont recouvré, après des traumatismes très mutilants, tout ou partie de leur intégrité anatomique et fonctionnelle.

Malgré tout, certaines blessures sont restées au-dessus des ressources de l'art. Bien des membres ont dû être sacrifiés, amputés, pour sauver la vie même des blessés : bien des blessures ayant lésé irrémédiablement des organes essentiels (os, articulations, nerfs, cerveau, etc...) ont laissé des *déformations anato-*





JAMBE ARTICULÉE, PIED FEUTRE.

BRAS DE TRAVAIL (TOULOUSE)
DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE.

PILON PROVISOIRE.
(Appareillage de Rennes.)

miques ou des *impotences fonctionnelles* auxquelles le chirurgien a dû remédier par l'application d'appareils spéciaux se substituant au membre absent ou apportant un secours fonctionnel à un membre déficient.

Si l'on veut bien songer au nombre considérable de blessés relevant de ces deux catégories, (mais qui n'est pas cependant aussi grand que se le figure le public), il apparaîtra que la tâche entreprise par le Service de Santé pour munir tous ces blessés des appareils qui leur conviennent n'a pas été minime et qu'un gros effort administratif, industriel et financier a dû être fait.



Photo Meurisse.

HOPITAL SAINT-MAURICE.

Rien ne saurait mieux en montrer l'importance que l'exposé rapide de l'évolution qu'a suivi l'appareillage des mutilés de la guerre depuis le début jusqu'à ce jour (1).

Avant la mobilisation, le Service de Santé ne distribuait annuellement qu'un très petit nombre d'appareils orthopédiques. Ils étaient achetés au fur et à mesure des besoins dans le commerce et commandés d'après des types arrêtés d'avance.



Photo Meurisse.

HOPITAL DE LA MAISON-BLANCHE.

Quand, après les premiers mois de la guerre, il fallut penser à appareiller les amputés et les blessés atteints de mutilations graves, on fut obligé de créer sur des bases toutes nouvelles un service pour lequel l'expérience d'une pratique ancienne était extrêmement restreinte.

Le premier soin du Service de Santé fut de grouper ces blessés, et en particulier les amputés, dans un certain nombre de centres régionaux qui prirent le nom de *Centres d'orthopédie*. Ils étaient constitués par des hôpitaux réservés à l'hébergement des amputés et des mutilés graves déjà traités chirurgicalement et qui y attendaient la délivrance de leurs appareils prothétiques. Les blessés étaient nombreux, la construction des appareils lente. L'attente était souvent longue, les centres encombrés.

On réserva alors aux mutilés qui ne pouvaient trouver place dans ces centres régionaux, un hôpital central situé dans le Gouvernement militaire de Paris en pleine campagne, réunissant toutes les conditions d'hygiène moderne et bâti dans un site riant, capable d'influencer favorablement le moral quelquefois un peu ébranlé de ces grands blessés : l'hôpital de la Maison-Blanche.

Les mutilés groupés, triés, classés par catégories, il fallait leur donner des appareils.

L'industrie prothétique était peu développée en France; la plupart des ortho-



GROUPE D'ÉLÈVES EN TENUE DE SORTIE.
École Professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

(1) Cet article a été écrit en juin 1917.



TOURNEUR SUR BOIS, AMPUTÉ DE L'AVANT-BRAS DROIT.
École Professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

pédistes s'étaient orientés vers la fabrication des petits appareils courants (bandages, corsets, bas, ceintures, accessoires de chirurgie). Comment en eût-il été autrement, quand les amputés étaient heureusement si rares en temps de paix ?

Pour utiliser cependant toutes les ressources du pays, le Service de Santé *réquisitionna* toute la production des fabricants d'orthopédie et ceux-ci furent invités à travailler uniquement pour l'appareillage des mutilés de la guerre. Malheureusement l'outillage existant ne permettait pas d'aller vite, les appareils en usage étaient loin d'être adaptés à toutes les variétés de mutilations, les ouvriers spécialistes étaient trop peu nombreux pour assurer la production intensive qui était nécessaire.

Le remède à apporter à cet état précaire fut une des premières préoccupations du Sous-Secrétaire d'État dès son arrivée, en juillet 1915. Tout de suite, il comprit que, pour arriver à une solution, il fallait reprendre par la base l'étude scientifique des appareils de prothèse et en organiser la fabrication en grand.



Photo Mission Levasseur.
INSTRUCTION GÉNÉRALE.
Atelier de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

Par son action continue, grâce au concours éclairé de chirurgiens orthopédistes, grâce aussi aux efforts et au travail des fabricants, on peut dire qu'il a créé de toutes pièces un service inexistant avant la guerre et qui, en juillet 1917, avait déjà permis de distribuer plus de 60.000 appareils prothétiques de toute nature.

Le 10 août 1915 était instituée au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé une *Commission d'études de l'Orthopédie*. Pour montrer toute l'importance qu'il attachait à cette Commission, M. Justin Godart l'a présidée lui-même à toutes les séances mensuelles.



ATELIER DE TAILLEURS.
École Professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

Cette Commission fut invitée à étudier pour chaque mutilation le meilleur type d'appareil susceptible d'assurer une bonne prothèse au mutilé en tenant compte, non seulement du point de vue esthétique, mais aussi de la solidité de l'appareil, de son adaptation, de sa commodité et des services qu'il pourrait rendre aux mutilés suivant leurs aptitudes professionnelles et leur condition sociale. Chaque appareil fut étudié dans tous ses détails, expérimenté avant d'être adopté ; une description détaillée, avec dessins cotés, en fut faite dans un cahier des charges définissant les matériaux qui devaient entrer dans leur construction, établissant leur prix, les délais de livraison, etc...

Des modèles types furent construits et mis à la disposition des fabricants par les chefs des centres.

Cette Commission d'études de l'orthopédie fut bientôt complétée par une *Sous-Commission permanente*, chargée de réunir et d'étudier tous les documents relatifs à l'orthopédie, d'expérimenter les appareils nouveaux présentés par les inventeurs au Service de Santé, d'étudier les questions à l'ordre du jour et de présenter des conclusions à l'approbation de la grande Commission, qui les soumettait à son tour au Sous-Secrétaire d'État.



Photo Mission Levasseur.

CORDONNIERS.
Atelier de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

Les appareils arrêtés par la Commission d'orthopédie et destinés aux mutilés de la guerre sont de types variés. Établis scientifiquement, ils correspondent, dans l'état actuel de nos connaissances, aux meilleurs appareils connus. On entend dire encore quelquefois dans les milieux mal renseignés que les appareils de l'État sont mauvais, mal faits, trop lourds, etc... Nous voudrions bien mettre ici le public en garde contre ces allégations erronées et qui ne sont pas toujours faites dans un but désintéressé.

Les appareils fournis par l'État et construits soit dans ses ateliers, soit chez les fabricants d'orthopédie, sont aussi parfaits que tous ceux qui pourraient être directement offerts aux mutilés par d'autres voies. Du reste, aucun type d'appareil présentant des qualités réelles n'a été systématiquement écarté. Le mutilé est laissé libre de choisir l'appareil qu'il désire, en tenant compte toutefois des indications du chef du centre d'appareillage et d'un certain nombre de conditions d'ordre administratif sans lesquelles il n'est pas de bonne organisation possible.



Photo Mission Levasseur.

SAVONNERIE.
Atelier de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

La question du type des appareils réglée, restait celle de l'organisation générale du service de l'appareillage.

Pendant tout le temps que travaillait la Commission d'orthopédie, les centres d'orthopédie appareillaient les mutilés en tenant compte des progrès successifs apportés à l'art de l'appareillage et en se procurant les appareils orthopédiques appropriés et conformes au cahier des charges, par marchés sous forme de conventions amiables, renouvelables tous les trois mois avec les fournisseurs.

Mais avec les progrès de l'orthopédie marchait de pair l'organisation de la rééducation fonctionnelle (physiothérapie) et de la rééducation professionnelle.

Il apparut au Sous-Secrétariat d'État que l'amputé, le blessé grave auraient le plus grand bénéfice, aussitôt après leur sortie de l'hôpital chirurgical, à trouver dans un même établissement l'orthopédiste qui les appareillerait, le physiothérapeute qui ferait leur « rééducation fonctionnelle » et le technicien qui assurerait leur rééducation professionnelle.

Cette idée fut réalisée par la substi-



GROUPE DE CULTIVATEURS AMPUTÉS DU MEMBRE SUPÉRIEUR.
École Professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).



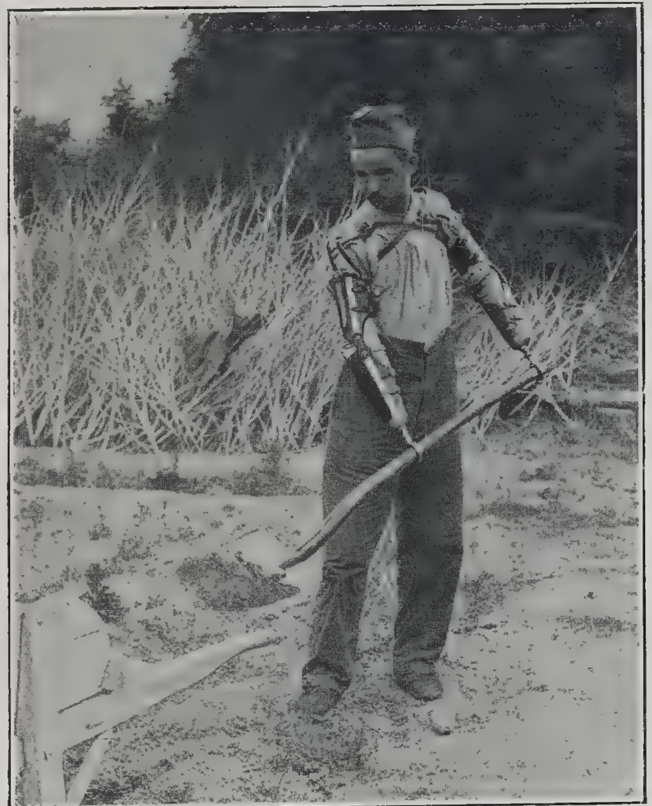
Photo Mission Levasseur.

IMPRIMERIE ET TYPOGRAPHIE.
Atelier de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

tution aux centres d'orthopédie *des centres d'appareillage et de rééducation des mutilés de la guerre.* Onze de ces centres furent créés en juin 1916 à Paris (Saint-Maurice et Maison-Blanche — annexe à Douvres-la-Délivrande dans la 3me région), Tours, Rennes, Clermont-Ferrand, Lyon, Montpellier, Marseille, Toulouse, Nancy et Alger.

C'est cette organisation qui a continué de fonctionner sur les bases suivantes :

Chacun de ces centres, dont la capacité varie de 300 à 800 lits d'hospitalisation, reçoit les mutilés qui, en y entrant, se rapprochent de leur domicile. Pour éviter tout voyage inutile et pour garantir aussi bien les intérêts des mutilés que ceux de l'État, aucun blessé ne peut être dirigé sur le centre d'appareillage sans avoir été visité par une *Commission régionale,* composée du chef de secteur chirurgical, du chef de centre de physiothérapie, du chef de centre de neurologie, et (s'il existe dans la région) du chef du centre d'appareillage. Cette Commission décide si le blessé est appareillable ou si au contraire il relève encore d'un traitement physiothérapique ou chirurgical.



AMPUTÉ DES DEUX AVANT-BRAS, CULTIVATEUR.
École Professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

S'il est appareillable, il est dirigé sur le centre d'appareillage le plus voisin de son domicile, aussitôt que ses lésions sont cicatrisées. C'est là qu'il va continuer sa rééducation fonctionnelle, commencer sa rééducation professionnelle et recevoir les appareils qui lui conviennent.

Ce centre, en effet, comprend trois services : un service de physiothérapie, un service de rééducation professionnelle, un service d'appareillage auquel est rattaché un atelier de fabrication d'appareils prothétiques et de recherches.

Dès son arrivée au centre, le blessé est examiné par les chefs de services qui établissent son *dossier d'appareillage.* Il comprend pour les amputés : l'observation clinique du blessé, une photographie de son moignon et du membre sain opposé, une radiographie du moignon, un moulage et une fiche de mensuration ; enfin, la valeur fonctionnelle du membre est notée.

Quand il s'agit, au contraire, d'un mutilé non amputé, le dossier comprend, outre l'observation clinique du blessé, une épreuve radiographique s'il y a lieu (lésions osseuses), une fiche de mensuration, un moulage et un électro-diagnostic, en cas de lésions musculaires ou nerveuses, ainsi que la valeur fonctionnelle du membre.



Photo Mission Levasseur.

FOYER DES BLESSÉS.
Atelier de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

En principe, le type de l'appareil alloué est choisi d'un commun accord entre le chef du service de prothèse du centre et le mutilé lui-même. Ce dernier a toujours avantage à s'inspirer des conseils du chef de centre, qui base son choix sur l'intérêt immédiat du mutilé au point de vue des services que lui rendra son appareil dans son métier ou dans sa situation sociale.

Les appareils délivrés aux mutilés sont en principe ceux dont la description figure au cahier des charges établi par la Commission d'orthopédie ; mais dans un



Photos Musée du Val-de-Grâce.

FAUCHEUR ÉQUIPÉ
AVEC LE BRAS DE TRAVAIL GILLET
ET LE PORTE-OUTIL JULLIEN.

esprit aussi large que possible il a été admis que les chefs de centre seraient toujours autorisés, dans les cas d'espèce, à choisir tel appareil qui leur semblerait mieux convenir aux mutilés.

Nous avons déjà vu que ces appareils étaient construits en partie dans les ateliers militaires du centre, en partie chez les fabricants civils d'orthopédie.

La création des ateliers militaires n'a pas été sans difficultés. Il fallait, en effet, réunir un outillage spécial très difficile à se procurer pendant la guerre, trouver des ouvriers, des contremaîtres, organiser la production. Actuellement, grâce à une activité inlassable des chefs de centres et de leurs collaborateurs, une véritable petite fabrique, bien organisée, fonctionne dans chaque centre d'appareillage. Elle comprend, en principe, un atelier de moulage, une forge, un atelier du bois, un atelier du fer, un atelier de cordonnerie, un atelier de garnissage, des magasins, des locaux administratifs, etc.



TRAVAIL A LA LIME
AVEC AVANT-BRAS DUVILLON
ET AJUSTEUR JULLIEN.

En un mot, chaque centre est actuellement capable de confectionner de toutes pièces les appa-
compris les jambes en bois du type dit « américain ».
de très nombreuses réparations et de la confection
reils de prothèse fonctionnelle (appareils pour
trices du crâne, chaussures orthopédiques), dont
ment plus bas que les prix du commerce, ce qui
économies.
ateliers n'étaient pas en mesure d'assurer toute la
d'orthopédie et de prothèse. Une grande partie de

reils les plus compliqués, y
Ils se chargent en outre
d'une infinité de petits appa
paralysies, plaques protec
le prix de revient est infini
permet de faire de sérieuses
Malheureusement, ces
production des appareils
ces appareils est donc fournie
qui, il faut bien le dire, ont
une grande ardeur patrio
des efforts louables pour
avec l'aide du Service de

par les orthopédistes
apporté à leur tâche
tique et ont fait
créeer en France,
Santé, une industrie
étrangers. La cons-
est l'objet d'une sur-
chaque région du
l'État, a été instituée
appareils de prothèse.
est nécessaire pour
régularité de l'exé-
employées, le mode



TERRASSIER AVEC AVANT-BRAS
DE TRAVAIL GILLET.

qui menaçait d'être un peu supplantée par les produits
truction des appareils orthopédiques chez les fabricants
veillance destinée à donner toutes garanties à l'État. Dans
territoire, où résident des orthopédistes travaillant pour
une *Commission permanente de contrôle de la fabrication des*
Cette Commission se déplace toutes les fois que cela
aller vérifier sur place, chez les différents fabricants, la
cution des commandes, la valeur des matières premières
de construction des appareils, l'emploi des ouvriers en sursis d'appel. Chaque appareil doit être réceptionné par cette Commission à l'état brut avant nickelage et vernissage. Les pièces essentielles sont poinçonnées.

D'autre part, les appareils vendus par les fabricants à l'État sont reçus au centre d'appareillage par une *Commission de réception* ayant mission de s'assurer que chaque appareil est parfaitement adapté au mutilé pour lequel il a été construit, qu'il présente toutes les qualités requises et stipulées au cahier des charges. Les appareils définitivement acceptés portent une marque de fabrique, un numéro d'ordre et une marque de réception.

Ils doivent être garantis pour trois ans par les fabricants. Pendant cette période, les réparations dont ils ont besoin sont assurées par les soins du Service de Santé qui fait les réparations aux frais de l'État, si elles sont nécessitées par une usure normale ; la réparation est au contraire aux frais du constructeur, si elle est nécessitée par un vice de construction de l'appareil ou par la mauvaise qualité des matériaux employés et révélée à l'usage.

Toutes les fois qu'un mutilé reçoit un appareil de l'État, il est établi un *livret*



JARDINIER AVEC AVANT-BRAS
DE TRAVAIL DE LYON.

d'appareillage, sur lequel sont portées toutes les indications susceptibles de renseigner le mutilé sur ses droits et ses devoirs et qui contient une partie administrative, où est tenue la comptabilité des appareils qui lui ont été alloués.

Ce livret est fait en double exemplaire : l'un d'eux reste aux archives du centre ; l'autre devient la propriété du mutilé, qui doit le présenter toutes les fois qu'une réparation ou le remplacement de ses appareils devient nécessaire. C'est donc à la fois une garantie donnée au blessé et à l'État, qui tient ainsi un contrôle exact de tous les mutilés appareillés et de tous les appareils livrés.

C'est que les dépenses engagées sont considérables, car le Service de Santé a tenu à doter le mutilé de tout ce dont il a besoin. Il a été admis en principe que chaque mutilé serait muni de deux appareils : l'un dit de remplacement ou de secours, un autre dit appareil définitif.

Les amputés du membre inférieur reçoivent, dès leur arrivée au centre d'appareillage, un pilon de marche. Ce pilon leur permet de reprendre tout de suite leurs occupations, de vaquer librement sans béquilles et d'attendre la confection de leur membre artificiel définitif. Cet appareil, simple, léger, peu coûteux rend les plus grands services aux mutilés. Ils devraient le quitter le plus tard possible, car les moignons d'amputation se modifient longtemps encore après l'amputation; quelques-uns grossissent, la grande majorité maigrissent, les saillies musculaires se modifient, de sorte que l'appareil définitif, qui doit être parfaitement adapté à la forme du moignon, n'a de chance de l'être définitivement que si l'appareil est ajusté très tardivement, six mois, un an même après l'amputation.

Si les mutilés voulaient bien comprendre cette notion et ne pas manifester leur impatience (très compréhensible du reste) d'avoir tout de suite leur appareil, bien des économies pourraient être réalisées et bien du temps gagné, car les appareils délivrés trop tôt nécessitent des retouches incessantes ; les blessés jamais satisfaits les délaissent, en veulent un autre, font des dépenses pour s'appareiller eux-mêmes avec des membres artificiels qu'ils croient meilleurs que ceux qui leur sont donnés par l'État et dont, finalement, ils ne sont pas satisfaits. Qu'ils prennent donc patience; qu'ils se fient aux conseils désintéressés des chefs de centre d'appareillage; qu'ils adoptent pendant le plus longtemps possible le simple pilon, seul appareil que portaient les mutilés d'avant-guerre.



Photo Mission Levasseur.

SPÉCIMENS DE RELIURE.

Ateliers de Rééducation des Mutilés de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

Du reste, bien des mutilés ont compris les avantages de cet appareil si simple et beaucoup y sont restés fidèles systématiquement, à l'exclusion de tout autre : ce sont des sages, ils ont raison.

Indépendamment de ce pilon simple, chaque amputé du membre inférieur a droit à un membre articulé. Les modèles en sont très variables.

Les uns sont en cuir (jambes du modèle du cahier des charges), les autres en bois (jambes dites « américaines », ou plus exactement franco-américaines).

Les jambes en cuir, peut-être plus lourdes et moins esthétiques que les jambes en bois, ont sur ces dernières une supériorité qui les a fait adopter pour l'appareillage rapide des mutilés pressés de rentrer chez eux avec un appareil définitif.

Elles se lacent et par conséquent peuvent continuer à s'adapter à toutes les modifications que subissent les moignons, ce que ne peuvent pas faire les jambes américaines qui reçoivent le moignon dans une excavation creusée en plein bois d'après moulage, impossibles par conséquent à rétrécir.

Les jambes en cuir sont de deux types principaux :

1°) Le pilon, dit articulé, à verrou, avec jambe et pied de parade mobiles.

C'est le type le plus courant et le plus pratique pour la majorité des amputés.

2°) La jambe artificielle à flexion libre.

Elle ne présente sur le pilon articulé que l'avantage de la marche en flexion libre; mais elle est loin de rendre à l'ouvrier et au cultivateur les mêmes services que ce dernier.

Dans le cas où elle serait indiquée, par de pures raisons d'esthétique, que le mutilé ne se presse pas, il aura avantage à prendre, plus tard, une jambe en bois plus légère, plus simple, plus esthétique.

Les jambes en bois sont de modèles assez semblables et à peu près toutes basées sur les mêmes principes.

Les premières ont été construites en France. Plus tard, elles furent reprises et améliorées par les Américains, qui en avaient, avant la guerre, presque le monopole.

En ce qui concerne ces jambes en bois, nous ne saurions passer sous silence les essais ingénieux de fabrication en bois contreplaqué, en fibre de bois, et les jolis modèles construits par le centre d'appareillage de l'armée belge.

Pour le membre supérieur, la question de la prothèse se présentait d'une façon beaucoup plus complexe, car il ne suffisait pas de remplacer esthétiquement un membre absent, mais d'utiliser pour le travail ce qui restait de ce membre mutilé.

Il n'est pas besoin d'insister sur la différence capitale entre le membre inférieur qui, au pis aller, peut être remplacé par un simple appareil de soutien et de marche, et le membre supérieur, organe essentiel du travail de l'homme, dont la main si merveilleusement adaptée ne sera jamais remplacée par un appareil mécanique équivalent.

Aux amputés du membre supérieur sont également alloués deux appareils :

1°) Un appareil de secours et de travail immédiat (bras de secours), dont des modèles très simples, très ingénieux et peu coûteux ont été établis par les différents chefs de centres d'appareillage.

2°) Un appareil articulé servant à la fois de bras de travail et de bras de parade.

Des appareils de travail (pinces, crochets, anneaux, outils professionnels, main de parade, etc...) sont annexés à ces bras et se fixent indistinctement sur le bras de secours ou le bras de travail.

Les grands mutilés des deux bras reçoivent des appareils munis de mains articulées.

Comme on le voit, l'État s'est fait un devoir de munir les mutilés des appareils les plus appropriés à leur mutilation. Il ne s'est arrêté à aucune autre considération que celle de leur permettre de reprendre leur place dans la société et au travail.

Pendant toute leur vie, l'État les pourvoira gratuitement des appareils dont ils auront besoin. Tous les jours ces appareils sont améliorés, modifiés. C'est ainsi que les mutilés, assurés de trouver de la part de l'État une assistance continuelle, aussi bien au point de vue pécuniaire qu'au point de vue social, pourront, par la reprise de leur travail, contribuer derechef à la grandeur et à la prospérité de leur pays, pour la défense duquel ils n'ont pas hésité à risquer leur vie et à répandre leur sang.

Médecin-major de 1re classe PLISSON,
Professeur agrégé de Chirurgie à l'École du Service de Santé militaire de Lyon.

LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE

La France s'est effroyablement appauvrie en capital humain, le plus précieux de tous pendant la guerre. On connaît l'étendue des pertes militaires : un million et demi de jeunes hommes, les meilleurs et les plus vaillants, ont disparu ; d'autre part la population civile s'est considérablement appauvrie. Notre nation diminuait déjà depuis longtemps : cette diminution n'a fait que s'accroître pendant la guerre. Dans les 76 départements qui n'étaient pas occupés par l'ennemi on trouve successivement : en 1915, un excédent de 267.000 décès ; en 1916, 292.000; en 1917, 269.000, les dernières statistiques montrent enfin que, en 1918, la proportion de surcroît de décès sur les naissances est encore en augmentation sur l'année 1917. Nous n'avons pas les statistiques exactes sur le mouvement de la population dans les régions envahies, mais les misères physiques et morales de ces populations qui pendant plus de quatre ans ont vécu sous le joug odieux et brutal de l'ennemi, sont telles que les pertes y ont été énormes : M. Doumer, à la séance du Sénat du 15 mai 1919, évaluait la mortalité chez ces populations à un minimum de 300.000. Le retour de l'Alsace-Lorraine ne viendra compenser ces pertes que jusqu'à concurrence d'un million et demi. A cet appauvrissement, il faut ajouter les enfants qui seraient nés demain et qui ne naîtront pas du fait que tant de jeunes hommes ne sont plus là pour les faire naître.

Ainsi le plus important de nos capitaux a été effroyablement diminué. Pour relever notre pays, il convient de chercher tout d'abord à empêcher l'augmentation de cette diminution. C'est à ce but que tendent les efforts de tous

les sociologues préoccupés des questions qui intéressent l'hygiène sociale. C'est à ce but aussi qu'ont tendu tous les efforts de ceux qui ont cherché à rendre au travail les mutilés de la guerre, car ceux-ci sont au nombre d'un million et demi. On voit donc combien est importante la tâche de ceux qui se sont voués à leur faire récupérer tout au moins une partie de leur aptitude au travail et de leur rendement professionnel.

C'est là un devoir qui concerne l'intérêt de tous, c'est aussi un devoir vis-à-vis de nos glorieux mutilés.

« A ces hommes, écrit M. Bittard, dans un excellent livre sur les écoles de blessés, qui dans l'enfer des combats ont vécu les plus grands événements peut-être de l'histoire du monde et qui ne connaîtront plus la plénitude de la vie, il ne pouvait suffire de terminer leurs jours dans la médiocre indolence que leur aurait assurée la solidarité nationale. L'action les a pris tout entiers. C'est en agissant, presque en combattant encore pour l'autre victoire, la libération économique, qu'ils s'assistent eux-mêmes, par le travail et par l'intelligence.

« Du coup toutes nos idées ont été bouleversées, il a fallu créer de toutes pièces la rééducation fonctionnelle, tronsformer notre orthopédie et notre prothèse, organiser à la hâte des centres de convalescents, des œuvres d'assistance, improviser la rééducation professionnelle, multiplier par des moyens de fortune d'abord les ateliers de réapprentissage. Puis, les premiers résultats acquis, leurs conséquences ont éclaté à tous les yeux. Notre législation des assurances était à modifier. »

Nous sommes loin de l'époque où le soldat de métier mutilé tombait à la mendicité. Vivant d'aumônes il devenait la terreur des campagnes.

« Regardez les gravures de Callot, écrit M. Édouard Herriot, vous y verrez ce malheureux éclopé de la guerre s'appuyant sur deux bâtons, vêtu de guenilles sordides, laissant pendre à son côté la besace que remplira peut-être la charité du passant, et si piteux, si triste malgré le feutre empanaché qui tâche en vain de lui conserver un air de gloire ».

Les invalides ne répondent pas aux conceptions modernes. Suivant l'opinion du colonel Ardant du Pic, les efforts de l'Institut des Invalides sont désastreux d'immoralité. Cette agglomération de fainéants est une école de dégradation où le soldat invalide perd dans la vie le droit au repos.

La rééducation professionnelle existait déjà avant la guerre dans certains pays : le Dr Bourrillon visita, en 1903, les institutions de la Scandinavie; en 1872, un pasteur, le pasteur Hans Knudsen avait fondé à Copenhague une Société de secours aux estropiés et mutilés comprenant cliniques, ateliers, foyer familial, école primaire. A la suite de cette œuvre d'autres se formèrent à Ewekohn, à Christiania, etc... L'Allemagne, l'Angleterre, la Russie, la Belgique fondèrent des Fédérations analogues.

Il faut citer la conclusion du rapport du Dr Bourillon après sa mission. Les résultats immédiats de cette assistance sont de permettre à l'individu de gagner complètement sa vie dans plus de la moitié des cas. Les résultats moins apparents et cependant bien réels sont la diminution considérable des admissions de mutilés dans les hôpitaux d'incurables et la suppression des mendiants estropiés.

Dès la première partie de la guerre, les efforts furent nombreux, ils relevèrent tout d'abord de l'initiative privée, de celle des administrations départementales et urbaines.

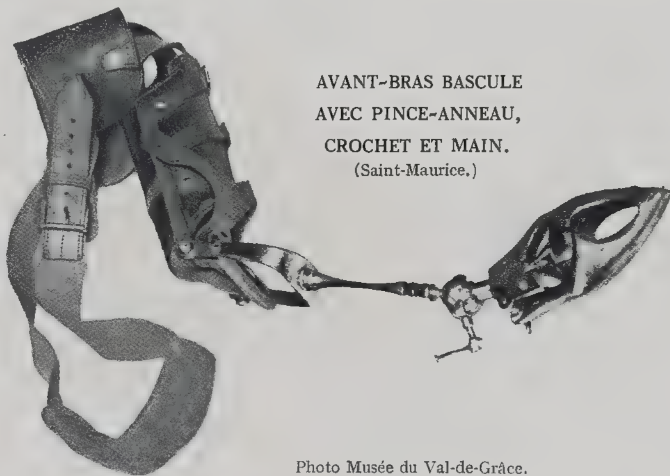
Les écoles de Lyon fondées par M. E. Herriot furent les premières. M. Herriot choisit l'école comme moyen de rééducation. D'autres, tels que Maurice Barrès et ses amis, tendirent à faire la rééducation à l'atelier patronal avec l'aide de l'initiative privée. D'autres groupements agirent également, telle l'Association pour l'assistance aux mutilés pauvres ; telle l'Œuvre d'assistance aux convalescents militaires qui, tout d'abord, avait pour but d'aider au rétablissement complet des blessés sortant des hôpitaux et qui, ensuite, sous l'impulsion de M. Maurice Bernard, s'intéressa à la rééducation.

Il faut citer encore l'Aide immédiate aux réformés et mutilés de



AVANT-BRAS DE SECOURS INTERCHANGEABLE, AVEC GODET ARTICULÉ POUR CULTIVATEUR. (Montpellier.)

Photo Musée du Val-de-Grâce.



AVANT-BRAS BASCULE AVEC PINCE-ANNEAU, CROCHET ET MAIN. (Saint-Maurice.)

Photo Musée du Val-de-Grâce.

la guerre, dont les services ont été considérables. Destinée tout d'abord à offrir des secours en argent et en nature aux blessés, l'Aide immédiate s'occupa de la rééducation des mutilés et leur placement; qui ne connaît les résultats obtenus par cette œuvre, sous l'impulsion de Mme Barthez!

Une Association fut créée, composée uniquement de mutilés cotisants, à l'exclusion de tous autres membres, par le général Malleterre : l'Association nationale des mutilés de la guerre, en laquelle tout mutilé peut trouver secours de toute espèce, conseils et réconfort.



Photo D[r] Pierrot.

CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE DES MUTILÉS.
Hôpital temporaire n° 82, à Clermont-Ferrand.

Il se créa, enfin, nombre d'autres Œuvres que nous ne pourrions citer dans cette brève revue : Blessés au travail, Foyer familial des mutilés, Foyer familial et du travail à domicile, etc... Enfin, l'Union des colonies étrangères en France, en faveur des victimes de la guerre, qui groupa sous la présidence de M. Sholinger, président honoraire de la Chambre de Commerce américaine, dix-huit colonies étrangères, fonda au Grand Palais et à la Maison Blanche, bien avant l'entrée de l'Amérique dans la lutte, des écoles de rééducation professionnelle.

Les Municipalités des grandes villes, Bordeaux, Marseille, Toulon, Montpellier, Clermont-Ferrand, Brest, etc... les onseils Cgénéraux, les Comités départementaux de l'Enseignement technique, les Comités régionaux d'assistance aux mutilés, les œuvres privées locales créèrent au mieux des ateliers et des écoles.

Le Gouvernement chercha à encourager la rééducation. Le Ministre de l'Intérieur, sur l'initiative de M. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, créa aussi une Institution modèle de rééducation professionnelle, sous la direction du docteur Bourrillon, à l'asile des convalescents de Saint-Maurice et à l'annexe de cet asile : la fondation Vacassy.

Des crédits furent accordés à toutes les écoles qui justifièrent de leurs besoins et une commission interministérielle fut créée avec mission de régler l'organisation et le fonctionnement des écoles de rééducation professionnelle, destinées à la rééducation des blessés de la guerre, estropiés et mutilés.

Tels étaient les efforts épars. En 1916, M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État au Service de Santé Militaire, qui voyait quelles difficultés s'opposaient à la généralisation la de rééducation professionnelle, y apporta tous ses efforts. Il décida que le Service de Santé créerait partout où il n'en existait pas, des écoles de rééducation professionnelle, et que les centres de physiothérapie et de prothèse entreraient en relations étroites avec les centres de rééducation, fait très important, on le conçoit, pour permettre aux mutilés de trouver les meilleurs appareils, les meilleurs conseils pour leur réaptitude professionnelle.

Sous l'impulsion de M. Justin Godart, du 8 au 13 mai 1917, se tint au Grand Palais une conférence interalliée pour l'étude de la rééducation professionnelle et des questions intéressant les invalides de la guerre. Cette conférence comprit : *a*) une partie technique, et le travail de ses rapporteurs et de ces sections fut considérable ; *b*) une partie d'exposition comprenant les tableaux graphiques, statistiques, les photographies, les appareils pour le travail professionnel des mutilés, les machines et outils spéciaux.

Les travaux de cette conférence furent considérables, les résultats furent des plus importants. Ainsi furent établies vraiment les méthodes de rééducation : choix des meilleurs appareils de prothèse, création d'appareils spéciaux, tels que mains, bras de mutilés adaptés aux travaux, choix de meilleures méthodes tendant à ramener autant que possible le mutilé à sa profession antérieure, à le guider au besoin dans le choix d'une profession nouvelle.

Ainsi on vit que la rééducation ne s'applique pas seulement aux amputés, mais encore aux blessés du système nerveux : citons comme exemple l'école d'Ondes, celle du docteur Villaret, à Montpellier.

Ainsi on vit aussi combien le travail de la terre bien dirigé pouvait être un excellent adjuvant dans la rééducation des agriculteurs blessés. Citons les écoles de la treizième région, citons les écoles du professeur Bergonié et de M. Vayssière, à Bordeaux. Les résultats obtenus furent considérables.

MM. Bergonié et Vayssière déclarent que plus de 90 °/o des blessés traités par le travail agricole continu ont

été récupérés pour le service militaire; d'autre part, fait très important, pendant la guerre 28.000 journées de travail furent fournies aux agriculteurs du canton où se trouvait l'organisation.

Le travail agricole fut généralisé par les soins de M. Justin Godart : des permissions de travail, sous la surveillance médicale, furent accordées aux soldats, et leur diminution de validité professionnelle fut singulièrement améliorée par les travaux auxquels ils purent ainsi se livrer.

Tous les ministères prirent part à l'œuvre commune et favorisèrent la rééducation professionnelle : ministère du Commerce et de l'Industrie, ministère du Travail, ministère de l'Agriculture, ministère de l'Instruction Publique.



Photo Dr Pierrot.

ATELIERS DE L'INDUSTRIE DU BOIS.
Centre de rééducation professionnelle des Mutilés.
Hôpital temporaire n° 82, à Clermont-Ferrand.

Mais ces différents ministères ne communiquaient entre eux que par une liaison intermittente. Il apparut nécessaire (et il convient de citer à ce sujet les efforts de M. le Sénateur Strauss) de créer un organe unique chargé de s'occuper de toutes les questions intéressant les invalides de la guerre. Cet organe unique fut l'Office national des mutilés.

Celui-ci avait bien été institué sur l'initiative de M. Métin, Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, par un arrêté conjoint des Ministres de la Guerre, de l'Intérieur et du Travail, en date du 2 mars 1916, en vue de coordonner pour une action commune les efforts des administrations publiques et des institutions privées s'occupant des invalides de la guerre. Ainsi avait été créé un organe de coordination destiné à prévenir les divergences nuisibles, faciliter la décentralisation de l'exécution, éviter les abus pouvant naître de cette décentralisation, assurer l'unité des efforts, enfin, faciliter l'intercommunication des projets et des résultats, intercommunication nécessaire pour maintenir entre les œuvres et les organismes divers une certaine communauté de connaissance, de tendance et de moyens.

L'arrêté du 2 mars avait déterminé l'objet de l'Office national, les arrêtés du 16 mars et du 11 mai 1916 fixèrent la composition de ses principaux organes.

Aux termes de ces deux arrêtés, l'Office national des réformés de la guerre comprit :

1° Un Conseil d'administration qui, chargé des questions générales et de la centralisation des informations relatives aux invalides de la guerre, maintient en relations constantes les services qui s'occupent, à des titres divers, des mutilés et réformés;

2° Une Commission de rééducation, précédemment instituée par le Ministre de l'Intérieur, qui devait donner son avis sur les questions techniques de la rééducation et sur les demandes de subventions aux centres de rééducation;



Photo Dr Villaret.

RÉÉDUCATION DE LA MARCHE.
Centre neurologique de la 16e Région (Montpellier).

3° Un Conseil de perfectionnement groupant des personnalités connues pour leurs travaux spéciaux et les représentants des Sociétés privées et particulièrement qualifiées pour veiller aux intérêts généraux des mutilés.

Par circulaires des 20, 21 mars et 31 juillet 1916, des Comités départementaux des mutilés et réformés de la guerre furent créés dans la plupart des départements. Ces comités avaient pour mission principalement de coordonner les efforts réalisés dans les départements pour venir en aide aux invalides de la guerre. Il leur appartenait de s'assurer du bon fonctionnement des organisations existantes, et, à leur défaut, de susciter les initiatives utiles.

Ainsi cet Office national avait tout d'abord pour but de coordonner les efforts des différentes administrations.

Il apparut par la suite qu'il n'était pas besoin seulement de coordonner les efforts, mais bien de les diriger et de créer, à cet effet, un organe chargé de régler toutes les questions intéressant les mutilés de la guerre, de distribuer les subsides, surveiller les établissements, etc.

Le 3 janvier 1918 fut promulguée la loi concernant la rééducation professionnelle et l'Office national des mutilés et réformés de la guerre.

Voici cette loi qu'il convient de citer tout entière :

LOI CONCERNANT LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE ET L'OFFICE NATIONAL DES MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE LA GUERRE (*J. O.*, 3 janvier 1918).

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE PREMIER

Tout militaire ou ancien militaire des armées de terre et de mer atteint d'infirmités résultant de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées pendant la guerre actuelle peut demander son inscription à une école de rééducation professionnelle, en vue de sa réadaptation au travail et notamment de sa rééducation professionnelle et de son placement.

La demande peut être adressée, soit à une école de rééducation, soit au préfet du département où le demandeur résidait avant la guerre, soit au Comité départemental des mutilés et réformés de la guerre de ce département, soit à l'Office national des mutilés et réformés de la guerre.

Les militaires en cours de traitement ou en instance de réforme doivent adresser leur demande au médecin chef de la formation sanitaire dans laquelle ils sont hospitalisés.

ART. 2

L'Office national des mutilés et réformés de la guerre, *qui est déclaré établissement public et rattaché au Ministère du Travail*, constitue un organe de liaison entre les administrations publiques et les Associations ou Œuvres privées qui s'occupent des militaires désignés à l'article premier. Il a pour objet de centraliser les informations concernant l'action desdites administrations, Associations ou Œuvres privées, d'encourager et de faciliter la réadaptation au travail des militaires susvisés ; d'étudier les dispositions législatives et réglementaires susceptibles d'être prises en leur faveur et d'en suivre l'application, et, d'une manière générale, de leur assurer le patronage et l'appui permanents qui leur sont dus par la reconnaissance de la nation.

ART. 3

Les ressources de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre comprennent :

1° Le crédit annuel inscrit au budget du Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, au chapitre spécial intitulé : « Office national des mutilés et réformés de la guerre » ; et les autres subventions qui pourront être allouées à l'Office par l'État, les départements et les communes ;

2° Les dons, legs et libéralités de toute nature et de toute provenance qui pourront être faits soit à l'Office lui-même, soit à l'ensemble ou à une catégorie déterminée de militaires ou anciens militaires visés à l'article premier. Toutefois, lorsque ces dons, legs et libéralités seront affectés aux militaires ou anciens militaires appartenant à une région déterminée, ils seront répartis par décrets pris après avis de l'Office national entre les comités départementaux et locaux intéressés ;

3° Toutes autres ressources qui pourraient être affectées à l'Office national par la loi.

ART. 4

En cas de suppression de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre ou d'un Comité départemental, institué en vertu de l'article 5, les valeurs provenant de dons, legs ou libéralités faits à l'Office ou au Comité seront attribuées, par décrets rendus en Conseil d'État, sur le rapport du Ministre du Travail, à des établissements publics ou reconnus d'utilité publique susceptibles d'exécuter les intentions des donateurs.

ART. 5

Dans chaque département, des Comités départementaux ou locaux des mutilés et réformés de la guerre seront institués, après avis du Conseil général et de l'Office national, par un décret qui déterminera l'étendue de leur circonscription et le nombre de leurs membres.

Ces Comités peuvent recevoir des subventions de l'État, des départements et des communes, ainsi que des dons et legs, aux conditions prescrites par l'article 910 du Code civil pour les établissements d'utilité publique.

Toutefois, ils ne peuvent posséder d'autres immeubles que ceux qui sont nécessaires à leurs réunions ou au fonctionnement des services institués par eux en faveur des militaires visés à l'article premier.

ART. 6

Un décret rendu en Conseil des ministres déterminera les mesures d'exécution nécessaires à l'application de la présente loi, et notamment :



Photo Dr Villaret.

MALADES MUNIS DE BATONS DE MONTAGNE.
Centre neurologique de la 16e Région (Montpellier).


Photo Dr Pierrot.

LA CORDONNERIE.
Centre de rééducation professionnelle des Mutilés.
Hôpital temporaire n° 82, à Clermont-Ferrand.

1° L'organisation de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre et des Comités départementaux prévus à l'article 5, ainsi que les conditions dans lesquelles les Associations ou Œuvres privées seront représentées dans lesdits organismes ;

2° Les conditions dans lesquelles les subventions de l'État seront allouées aux Comités départementaux et aux Institutions de rééducation après avis de l'Office national (Commission de rééducation), ainsi que le fonctionnement du contrôle de l'emploi des subventions ;

3° Les justifications à fournir aux Comités départementaux par les militaires ou anciens militaires visés à l'article premier pour être admis aux avantages prévus au premier alinéa de l'article 7.

ART. 7

Pendant la période de rééducation professionnelle d'un militaire dont la pension n'est pas liquidée, sa famille continue à toucher l'allocation militaire. Si la pension est liquidée et que le douzième de celle-ci soit inférieur au montant mensuel de l'allocation allouée à la famille, la différence lui sera versée jusqu'à la fin de la période de rééducation.

Le Comité départemental fixe la durée de la période de rééducation professionnelle pendant laquelle la famille du militaire bénéficie des avantages prévus à l'alinéa précédent. Il peut être fait appel de cette décision dans le délai d'un mois de sa notification au militaire intéressé auprès de l'Office national.

ART. 8

En aucun cas, le taux de la pension ne peut être réduit du fait de la rééducation professionnelle et de la réadaptation au travail.

ART. 9

Le Ministre du Travail adressera au Président de la République un rapport annuel sur le fonctionnement de l'Office national, les résultats de la rééducation professionnelle et du placement des militaires visés à l'article premier et la répartition des subventions de l'État.

Ce rapport sera publié au *Journal Officiel*.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 2 janvier 1918.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :
Le Président du Conseil, Ministre de la Guerre,
Georges CLEMENCEAU.

Le Ministre de l'Intérieur,
J. PAMS.

Le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale,
COLLIARD.

Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, des Transports maritimes et de la Marine marchande,
CLÉMENTEL.

Le Ministre de la Marine,
Georges LEYGUES.

Le Ministre de l'Agriculture et du Ravitaillement,
Victor BORET.

Un décret du 26 févier 1918 détermina les mesures d'exécution de cette loi (*J. O.* du 28 février 1918), modifié par les décrets des 24 septembre 1918 et 18 mars 1919.

Enfin, une circulaire du 6 mai 1918 relative à l'application de la loi du 2 janvier 1918 concerna la rééducation professionnelle et l'Office national des mutilés.

Cette circulaire notifie que peuvent demander la rééducation les anciens militaires réformés n° 1 avec ou sans gratification et titulaires d'un titre de pension, soit encore les réformés n° 2.

Ainsi la question de savoir si les réformés n° 2 pouvaient demander la rééducation professionnnelle a été résolue par l'affirmative. En déclarant, en effet, que l'aggravation de la maladie pendant la guerre actuelle suffisait, sans qu'il soit nécessaire d'en chercher l'origine ni qu'elle soit occasionnée dans le service, il est certain que le législateur a voulu y comprendre les réformés n° 2, et cela résulte encore plus nettement des débats parlementaires.

Il est, d'autre part, une catégorie très spéciale de blessés très intéressants. Ce sont ceux que Landouzy appelait « les blessés de la tuberculose ». La plupart sont des réformés n° 2, mais sur de nouvelles instructions ministérielles le nombre de ceux à qui est accordée la réforme n° 1 pour maladie contractée ou aggravée au service, a rapidement

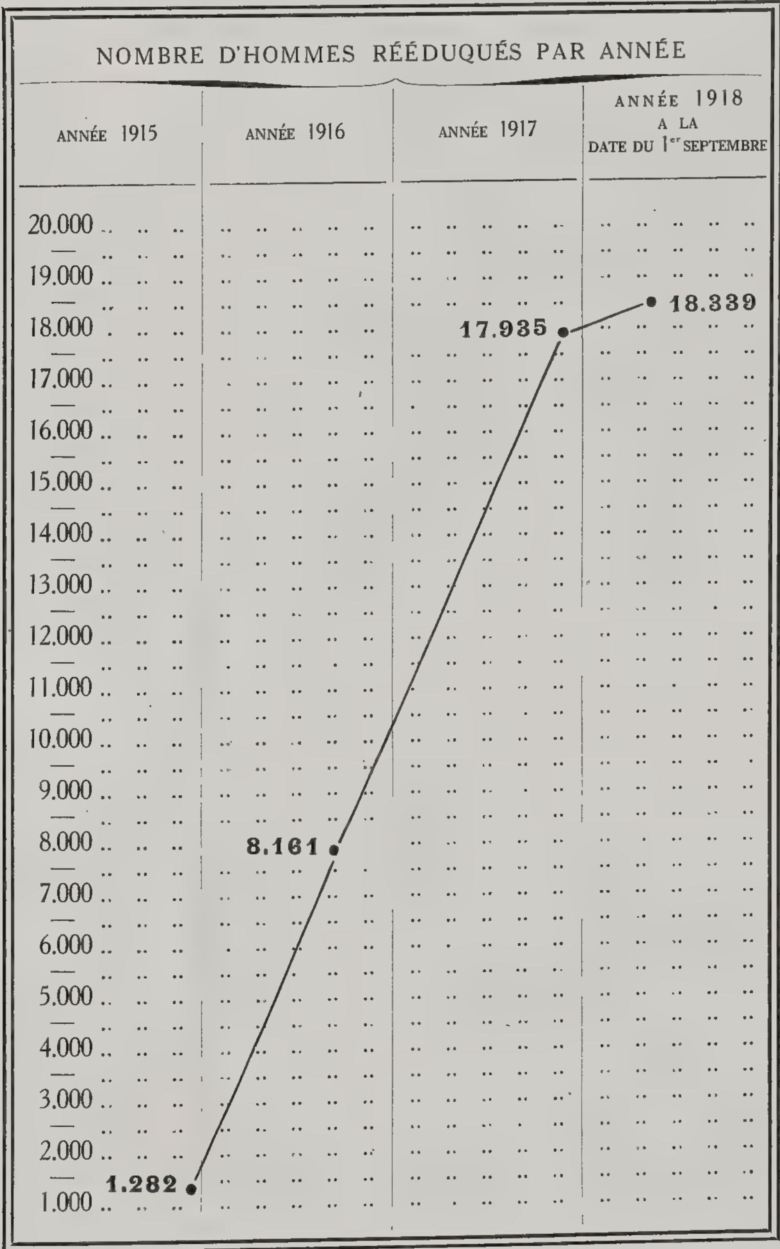
augmenté. Des écoles spéciales ont été créées pour les recevoir. La même circulaire mentionne que c'est le Comité départemental qui doit être avisé de la durée de la rééducation professionnelle. Le Comité doit, à cet effet, demander au directeur de l'école un rapport sur les possibilités de chaque mutilé, rapport ne devant pas être établi *à priori*, mais après essai. A la fin de chaque trimestre, le directeur doit soumettre au Comité qui l'approuve ou qui présente des observations motivées, la liste des mutilés encore en cours de rééducation. Cette disposition a été prise pour éviter que les écoles ne conservent trop longtemps leurs hommes ou cherchent à obtenir un rendement industriel au lieu de faire de la rééducation.



Photo Dr Bergonié.

ÉCOLE DE TAILLE DE LA VIGNE.
Hôpital complémentaire n° 4 « Grand Lebrun » (Cauderan. Bordeaux).
(Annexe de Martillac.)

La nouvelle loi avait voulu, par des avantages spéciaux, encourager la rééducation profesionnelle. L'article 7 portait d'abord, en effet, le principe que pendant la période de rééducation professionnelle du mutilé, si la pension n'est pas liquidée, sa famille continue à toucher l'allocation militaire. La circulaire du 6 mai 1918 mentionne en outre que, lorsque la pension est liquidée et que le montant mensuel est inférieur à celui que touche la famille, la différence lui sera versée jusqu'à la fin de la période de rééducation. Tel a été le cas le plus souvent : l'allocation militaire augmentée des indemnités par famille était supérieure, dans la presque totalité des cas, à la pension.



D'autre part, outre que les mutilés sont complètement hébergés (logés, nourris et entièrement entretenus au frais des écoles), ils reçoivent presque toujours des primes d'encouragement au travail et parfois même le gain de leur travail.

Ainsi aux premiers efforts privés s'ajoutèrent peu à peu les efforts des collectivités et du gouvernement, efforts au premier rang desquels il faut citer ceux de M. Justin Godart pendant son séjour au Sous-Secrétariat du Service de Santé militaire.

L'Office national est venu, enfin, grouper, diriger tous les efforts et on peut dire que son rôle a été et est encore considérable dans la rééducation professionnelle.

Avec ses trois sections : Conseil d'administration, présidé avec le plus grand dévouement, la plus grande autorité et la plus grande compétence par M. le sénateur Chéron; les sections de rééducation et de propagande, présidées avec la compétence que l'on connaît, par le docteur Queuille et par M. Constant Verlot, députés, qui se sont véritablement spécialisés dans ces questions, on peut dire qu'il a donné et donne encore le plus de rendement possible. Une grande partie du succès doit être attribué aussi aux efforts du secrétaire de l'Office national M. Vallon.

Grâce à tous ces efforts, la progression au point de vue de la rééducation professionnelle

a été rapidement ascendante, comme le montre le tableau ci-dessous, indiquant, par année, le nombre des mutilés rééduqués :

1915	1.286
1916	8.161
1917	17.935
au 1er septembre 1918	18.339

L'Office national tend à réduire le nombre des centres de rééducation pour ne conserver que de grands centres d'instruction : l'expérience a montré, en effet, que les petits centres sont moins favorables à l'enseignement que les grands.

Actuellement (février 1919) il existe 126 écoles de rééducation.

Les mutilés en rééducation à ce jour s'élèvent à 17.000 environ.

Les Écoles d'Agriculture relevant de l'Office national des mutilés sont au nombre de 18, dont ci-dessous la liste :

Ariège.	Ferme-École de *Royat.*
Charente.	École Pratique d'Agriculture de *l'Oisellerie.*
Corrèze.	École Pratique des Industries rurales de *Neuvic.*
Doubs.	École de Rééducation professionnelle agricole des Mutilés de la Guerre, à *Besançon-Palante.*
Eure.	École Pratique d'Agriculture, à *Neubourg.*
Haute-Garonne.	École régionale d'Agriculture, à *Ondes.*
Gers.	Centre de Rééducation agricole *d'Auch-Beaulieu.*
Gironde.	École pratique d'Agriculture de *Blanquefort.*
Hérault.	École Nationale d'Agriculture de *Montpellier.*
Ille-et-Vilaine.	École Nationale d'Agriculture de *Rennes.*
Haute-Marne.	École Nationale d'Osiériculture et de Vannerie de *Fayl-Billot.*
Haute-Savoie.	École pratique d'Agriculture de *Contamine-sur-Arve.*
Seine-et-Oise.	Centre de Réadaptation aux travaux agricoles des blessés de Guerre de *Grignon.*
	Bergerie Nationale de *Rambouillet.*
Tarn.	Centre de Rééducation agricole de *Lavaur.*
Var.	École pratique d'Horticulture *d'Hyères.*
Calvados.	École départementale de Rééducation professionnelle des Blessés et Mutilés de la Guerre, à *Douvres-la-Délivrande.*
Haute-Garonne.	Centre de Rééducation professionnelle de Viticulture de *Toulouse* (rattachée à l'Université).

Il y a lieu d'ajouter à cette nomenclature, certaines sections annexées à des établissements relevant du Ministère de l'Agriculture qui, ayant été supprimées à la date du 1er janvier dernier, peuvent cependant recevoir des boursiers entretenus aux frais de l'Office national des mutilés, dont ci-dessous la liste :

Cantal.	École pratique d'Agriculture et de Laiterie *d'Aurillac.*
Charente-Inférieure.	École professionnelle d'Industrie laitière de *Surgères.*
	École pratique d'Agriculture de *Saintes.*
	École pratique de Motoculture de Distillerie et de Tonnellerie de *Saintes.*
Doubs.	École Nationale d'Industrie laitière de *Mamirolle.*
Jura.	École Nationale d'Industrie laitière de *Poligny.*
Hautes-Pyrénées.	Fruitière-École de *Lannemezan.*
Seine-et-Oise.	École pratique d'Aviculture de *Gambais.*
	École Nationale d'Horticulture de *Versailles.*
Haute-Vienne.	Ferme-École de *Chavignac.*
Vendée.	École pratique d'Agriculture de *Pétré.*
Yonne.	École pratique d'Agriculture de *La Brosse.*

Quant aux centres dépendant du Service de Santé militaire, ils sont au nombre de 25 à 30, d'inégale importance.

Les mutilés actuellement en rééducation dans les écoles de réadaptation ou de rééducation agricoles relevant directement de l'Office national des mutilés, sont au nombre de 690 environ.

Il faut tenir compte également du nombre important de mutilés qui, d'après les instructions contenues dans les circulaires de M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, en date du 7 janvier dernier et de M. le Ministre de l'Agriculture en date du 14 février, reçoivent dans les centres d'appareillage et de physiothérapie une rapide réadaptation dans le but de leur faire essayer les machines agricoles et les appareils inventés spécialement pour réduire leur incapacité de travail et leur démontrer la possibilité de leur retour à la terre.

Si encourageants que soient les résultats acquis, l'œuvre à accomplir par l'Office national des mutilés en matière de rééducation est loin d'être achevée. Nombreux sont les projets à l'étude, les décisions de principe prises pour lesquelles un effort financier considérable est indispensable.



JARDINIER AMPUTÉ DU BRAS.
École professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

Pour les tuberculeux, d'accord entre M. le Ministre de l'intérieur, M. le Ministre de l'Agriculture et M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé militaire, tout un ensemble de projets comportant notamment l'acquisition de domaines susceptibles d'être transformés en stations sanitaires de rééducation agricole et professionnelle, est actuellement en bonne voie de réalisation. L'Office national des mutilés espère pouvoir ouvrir les portes de quelques-unes d'entre elles dans un délai des plus courts.



FAUCHEUR AMPUTÉ DU BRAS DROIT.
École professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

D'autre part la fin des hostilités et le retour à la mère Patrie des territoires séparés d'elle depuis trop longtemps nécessitent, tant pour les régions envahies en 1914, que pour l'Alsace et la Lorraine l'organisation de centres de rééducation professionnelle. La création en est d'ores et déjà prévue pour Lille, Metz et Strasbourg, comme elle l'est pour les colonies dont les populations ont avec tant de dévouement mis toutes leurs forces à la disposition de la métropole.

Enfin, il est apparu à l'Office national des mutilés que rééduquer les mutilés n'était qu'une partie de sa tâche et que celle-ci serait tout à fait incomplète si, par des mesures appropriées, il ne s'efforçait pas de permettre au rééduqué de reprendre dans la société la place qui lui est due et s'il ne lui donnait tous les moyens nécessaires pour se livrer avec succès à l'exercice du métier qu'il a appris. A cet effet, au budget de l'Office national des mutilés pour l'exercice 1919, sera inscrite une somme assez importante destinée à aider à l'établissement du mutilé, soit en lui fournissant une première mise de fonds, soit en lui donnant tout ou partie de l'outillage indispensable, soit enfin, lorsqu'il s'agit d'agriculteurs, en facilitant, en application de la loi du 9 avril 1918, l'acquisition de petites propriétés rurales.

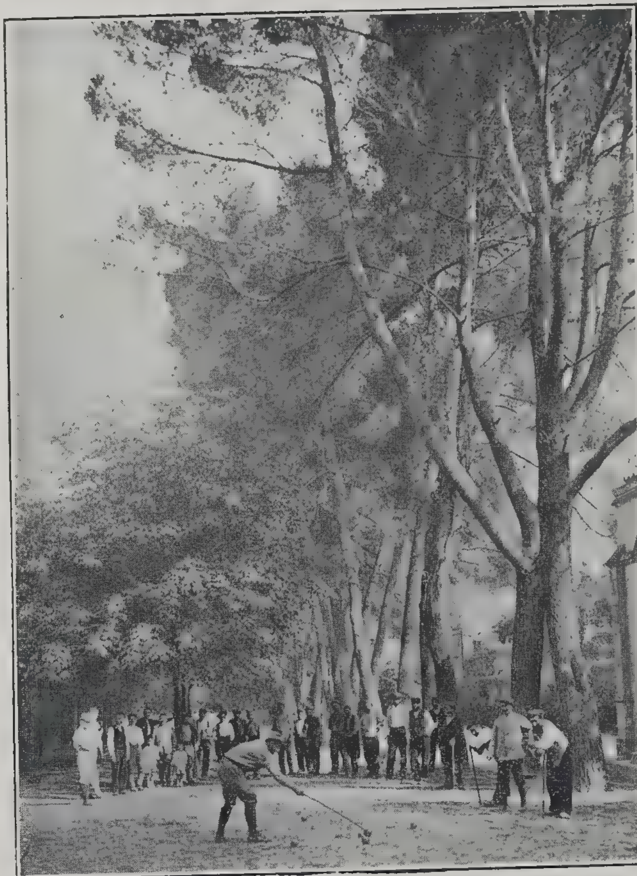


Photo Dr Villaret.

EXERCICES SPORTIFS.
Centre neurologique de la 16e Région (Montpellier).

Persuadé par ailleurs, qu'il se doit de favoriser non seulement la rééducation professionnelle, mais aussi la reconstitution de l'élite intellectuelle, l'Office national des mutilés vient de décider d'accorder des bourses ou fractions de bourses aux jeunes gens réformés de la guerre qui, par suite de blessures ou de maladies, sont dans l'obligation de modifier l'orientation première donnée à leurs études.

L'institution des Comités départementaux et locaux, activement poussée permettra, aux mutilés eux-mêmes d'appeler plus facilement l'attention de l'Office national des mutilés sur les améliorations à apporter, sur les créations nouvelles à envisager, sur les lacunes que feront apparaître, à l'usage, les mesures déjà prises et donnera ainsi à l'Office l'occasion de compléter encore et de parachever l'œuvre entreprise. Afin que les résultats à obtenir soient en harmonie avec les efforts financiers consentis tant par l'État que par les collectivités et les œuvres privées, l'Office élabore tout un plan de propagande (tracts, conférences



CULTIVATEUR AMPUTÉ DU BRAS.
École professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

avec ou sans projections, affiches, publications périodiques, guide du mutilé, etc...) destinée à faire connaître aux intéressés tout l'intérêt qu'offre pour eux la rééducation professionnelle.

Telle est l'organisation française de la rééducation professionnelle, tels sont les résultats qu'elle a obtenus et qu'elle obtient chaque jour. Mais à côté des organisations purement françaises il s'est développé une autre organisation interalliée des plus importantes et qui a singulièrement favorisé l'étude des questions intéressant la rééducation professionnelle dans tous les pays alliés : il s'agit du Comité permanent interallié pour l'étude des questions qui intéressent les invalides de la guerre.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ÉCOLES ET HOMMES RÉÉDUQUÉS ET PLACÉS, DRESSÉ EN OCTOBRE 1918, SUIVANT LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LES RÉGIONS

RÉGIONS	NOMBRE D'ÉCOLES EXISTANT LE 1er SEPTEMBRE 1918	NOMBRE DE MUTILÉS ÉDUQUÉS					NOMBRE D'HOMMES RÉÉDUQUÉS		NOMBRE D'HOMMES PLACÉS
		1915	1916	1917	1918	TOTAL	DANS PROFESSION ANCIENNE	DANS PROFESSION NOUVELLE	
G. M. P.	24	578	2.641	3.909	3.334	10.462	2.821	7.641	5.101
Nord	1			141	29	170	160	10	2
3e	3		753	646	807	2.206	1.571	635	171
4e	6			906	774	1.680	1.664	16	
5e	4	149	108	121	111	489	477	12	488
6e	*néant*								
7e	5		16	212	270	498	197	301	130
8e	7	91	261	352	216	920	471	449	449
9e	2	44	120	544	492	1.200	406	794	422
10e	4		354	1.260	1.781	3.395	1.393	2.002	237
11e	6		124	396	430	950	92	858	592
12e	6		440	369	321	1.130	946	184	519
13e	4	98	227	565	488	1.378	287	1.091	826
14e	15	190	1.042	1.871	1.594	4.697	2.778	1.919	1.827
15e	6	52	385	1.802	1.474	3.713	3.077	636	540
16e	5		816	2.282	2.849	5.947	5.342	605	574
17e	15	80	225	964	1.096	2.365	1.892	473	2.365
18e	5		511	780	1.516	2.807	1.445	1.362	2.469
20e	1				43	43	23	20	4
21e	1		52	102	127	281		281	281
Afr. du Nord	4		86	713	587	1.386	922	464	203
TOTAUX	124	1.282	8.161	17.935	18.339	45.717	25.964	19.753	17.200

J'ai parlé plus haut de la conférence interalliée qui fut organisée en, 1917, à Paris ; à la suite de cette conférence, il fut décidé qu'un Comité permanent, dont le siège serait à Paris, continuerait à s'occuper de ces questions et aurait pour but de faire connaître à chaque pays allié les progrès intéressant les mutilés de la guerre obtenus dans les autres pays alliés. Le Comité subven tionné par les différents pays, comprend un certain nombre de délégués de chacun d'eux ; il tient ses réunions successi vement dans chacune des capitales des pays alliés.

Présidé d'abord par le Dr Bourillon, dont la compétence est universellement re connue, il a été administré par M. Krug, secrétaire général, avec un dévouement et une compétence remarquables.

Les Présidents futurs seront pris successivement dans chacun des pays alliés.

Des réunions nombreuses ont été déjà tenues à Paris, à Londres, à Lisbonne, à Rome. La prochaine réunion doit avoir lieu à Bruxelles. Les résultats obtenus sont considérables. Une revue publie tous les travaux qui paraissent dans chacun des pays alliés sur les questions intéressant les invalides de la guerre.



AMPUTÉ DES DEUX AVANT-BRAS.
École professionnelle de Blessés de la 16e Région (Montpellier).

* * *

Ainsi, les efforts de tous ceux qui se sont occupés de la rééducation professionnelle des invalides de la guerre ont été et sont considérables ; ils ont eu les résultats les plus heureux et pour nos glorieux blessés et pour la collectivité, puisqu'ils ont permis et permettent une récupération considérables d'efforts individuels.

A ce résultat ne doit pas se borner d'ailleurs l'œuvre de la rééducation professionnelle. L'expérience acquise, les organisations fondées et actuellement, en pleine marche, seront singulièrement utiles dans l'avenir pour la récupération de la valeur professionnelle des invalides du travail.

Dr GEORGES BROUARDEL,
Médecin de l'hôpital Necker,
Membre de l'Office national des mutilés.

LES SOLDATS AVEUGLES

Le blessé aux yeux est le blessé qui a le plus grand besoin de secours moral immédiat.

La cécité est l'état le plus tragique qui puisse résulter d'une blessure de guerre.

M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État au Service de Santé, s'est préoccupé, dès 1915, d'assurer à nos soldats blessés aux yeux des soins médicaux prompts et un secours moral particulier.

Secours médicaux. — Il pouvait arriver que des blessures oculaires, paraissant bénignes à un non spécialiste, eussent des conséquences graves. Il pouvait arriver qu'un blessé présentât, par exemple, une blessure par arrachement très impressionnante d'aspect et moins inquiétante cependant pour l'avenir du patient qu'une lésion en apparence insignifiante résultant de la pénétration dans l'œil d'un corps étranger minuscule.

Il a donc été recommandé que les blessés aux yeux soient, le plus tôt possible, dirigés sur un hôpital d'évacuation ou sur la formation la plus proche comportant un médecin spécialiste muni des instruments nécessaires.

En ce qui concerne la zone de l'intérieur, les circulaires portaient ces indications :

« Tout blessé atteint d'une lésion oculaire et évacué par train sanitaire sur l'intérieur, sera immédiatement dirigé sur un centre ophtalmologique.

« Tout blessé atteint à la fois d'une lésion oculaire, même légère, et d'une lésion relevant à la fois de la chirurgie générale sera dirigé sur un centre comportant à la fois un service de chirurgie et un service d'ophtalmologie.

Secours moral. — La seule menace de la cécité provoque chez un grand nombre de blessés un état de désespoir qui peut aller jusqu'à la tentative de suicide.

Une phrase souvent entendue est celle-ci :

— Si je savais devenir aveugle, je me tuerais.

Le blessé passe de longues journées assis sur son lit, la tête dans ses mains, dans la plus grande anxiété. Aussi se garde-t-on bien, — même quand les deux yeux ont été énucléés — de lui enlever toute espérance. Peu à peu l'adaptation se fera et la vérité terrible pourra être lentement révélée.

Premières paroles. — Des lettres familières ont été écrites, que les infirmières, au chevet du blessé, lisent ou commentent. Elles disent, par exemple :

« Je ne proclamerai pas que vous êtes un héros. Nous le savons et vous le savez. Je vous dirai que vous êtes un homme et que vous devez agir non comme un désespéré, mais vaillamment ; comme un homme qui ne se laisse pas abattre, qui ne perd pas son temps à pleurer sur un malheur auquel on ne peut rien, et qui va marcher dans la vie en se tournant non pas vers le passé, mais vers l'avenir.

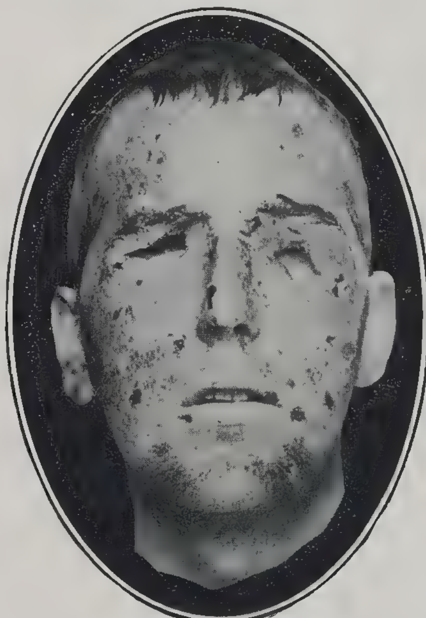


Photo Dr Rollet.

D..., BLESSÉ LE 23 MAI 1915 PAR ÉCLATS D'OBUS.

Les deux yeux ont été expulsés de l'orbite par commotion. Broiement de l'avant-bras. Photographie du 3 juin 1915.

« Quel sera-t-il, votre avenir ? Au point de vue de votre blessure, nous l'ignorons. Ayons l'espoir que tout s'arrangera. Mais ce peut être long, très long. Il est même possible que, pour assurer votre guérison, on vous oblige à garder sur les yeux un bandeau pendant de longs mois. Il faut utiliser ce temps-là à apprendre à vivre et à travailler comme vivent et travaillent ceux qui n'ont jamais vu et qui tous sont gais. Je vous le répète : « et qui tous sont gais ».

« Qu'est-ce que vous risquez ? Rien, ou plutôt rien que de bon. Si vous allez mieux, vous oublierez très vite ce que vous aurez appris, et vous aurez toujours gagné de ne pas vous être ennuyé. Dans le cas contraire, vous aurez gagné du temps pour votre adaptation à la vie nouvelle.

« Parmi ceux qui ont été atteints aux yeux dès le début de la guerre, plusieurs sont établis. Nous avons des cultivateurs, des brossiers bien entendu, et des rempailleurs de chaises, des fabricants de tapis, etc., etc. Il y en a un qui était menuisier et qui a repris son métier. Nous avons des emballeurs, des mécaniciens, des éleveurs de volailles, des raccommodeurs de chaussures, et nous avons même un coiffeur.

« Naturellement, vous ne me croyez pas, et, à votre place, je serais comme vous.

« Je vous donnerai le numéro du régiment, du bataillon et de la compagnie de celui qui fait le métier qui vous intéresse. Je vous dirai où il est maintenant, vous pourrez lui écrire vous-même directement. »

Et, en effet, lorsqu'il a été possible de lire aux nouveaux blessés les lettres écrites par des camarades frappés depuis déjà assez longtemps pour qu'ils aient pu rentrer chez eux après le passage dans une école de rééducation, on a eu entre les mains un puissant moyen de réconfort.

Nous en reparlerons.

Les petits ateliers des hôpitaux. — Mais, tout de suite, ceux que le sentiment de leur devoir avaient attirés auprès de ces douloureux blessés sentirent que, mieux encore que toutes les affirmations, le fait même de conduire le blessé au travail lui serait une grande source de consolation, et qu'il fallait, au plus tôt, à l'hôpital même, au cours du traitement même, lui prouver que, sans le secours des yeux, il est possible de travailler et de gagner quelque argent.

Et, en effet, après quelques heures d'apprentissage, un aveugle peut produire un objet auquel son travail a donné une valeur. Il aura gagné quelques sous, une somme insignifiante, certes, mais tout de même il aura mérité un salaire.

On peut affirmer et répéter qu'un homme privé de la vue peut vivre par lui-même en gagnant son pain, peut avoir des enfants sains, peut goûter les joies de la famille ; on peut donner sa parole d'honneur que cela est vrai, parce que c'est vrai.

Mais, comment prouver autrement que par des paroles — qui ne prouvent rien — que cela est possible ? On a découvert une vertu magique dans un objet bien humble, trivial même... dans une simple brosse de chiendent.

Pour distraire les blessés aux yeux, on a essayé de leur montrer le métier de fabricant de brosses exercé par des aveugles nés. Il se trouva que ce métier est des plus faciles, et qu'à la fin d'une journée d'apprentissage, un homme un peu adroit y réussit, tant bien que mal. Ce fut, pour les malheureux, une révélation.

« Vivrais-je mille ans, dit un collaborateur de M. Justin Godart, chargé d'organiser cette expérience, que je n'oublierais pas l'attitude du plus réfractaire, du plus sombre d'entre eux. Je l'avais amené un peu malgré lui, le matin, devant l'établi. Le soir, alors qu'il ne me savait pas là, je le vis tenir dans sa main gauche, pendant plusieurs minutes, l'objet qu'il avait produit et qu'il avait l'air de regarder, et qu'il regardait en effet, hélas! avec ses doigts. Il le retournait en tous sens, l'entourait de ses mains, le palpait, le caressait



L'Illustration.

ÉCOLE DE TRICOTAGE DE NEUILLY (PERMANENT BLIND RELIEF WAR FUND).
Fondation Geo.-A. Kessler.

pour ainsi dire et je l'entendis murmurer : « Il avait raison tout de même, je puis encore être bon à quelque chose ».

L'essai du travail à l'hôpital même ayant été fait à l'hôpital 10 et 11 de Chartres et ayant donné d'excellents résultats, l'innovation fut étendue.

Le petit atelier est des plus rudimentaires et, le plus souvent, son installation a été réalisée « par les moyens du bord ». Il importait de faire vite et non pas de faire luxueux.

Voici un passage des instructions données à ce sujet par le Sous-Secrétaire d'État :

— L'atelier sera installé dans des salles claires et bien aérées. Ce serait une absurdité que de mettre des aveugles dans une chambre sombre sous prétexte qu'ils ne voient pas. Le médecin connaît le grand cas que font de la seule sensation lumineuse ceux qui n'ont conservé que ce reliquat de vision.

Autant que possible, on disposera de deux salles; l'une sera réservée à l'étude du Braille, aux exercices d'écriture en noir, aux distractions : jeux de cartes marquées, dominos, jeux de dames, etc... Si cette salle peut contenir un piano et qu'il soit possible de se le procurer, on en profitera pour faire chanter les élèves en chœur et pour leur donner des auditions. »

Les résultats ont été excellents.

Un jour, quelqu'un, qui n'était pas prévenu, pénétra dans la salle d'un hôpital où était installé un de ces petits ateliers. Il vit des hommes au travail, chantant, fumant, plaisantant, allant d'une place à l'autre; le visiteur ne put croire qu'il était en présence des plus malheureux de nos blessés, et il se retira en disant :

— Pardon... je me trompe. Je cherchais la salle des soldats aveugles.

La plupart des centres d'ophtalmologie installèrent des petits ateliers semblables, et les plus importants furent, à

Paris, ceux du Val-de-Grâce, de l'Hôtel-Dieu, de la Clinique Militaire des Quinze-Vingts, de la rue Lhomond et de Lariboisière.



VANNIER AVEUGLE.
École des Aveugles, rue de Reuilly, à Paris.

* * *

Après un temps plus ou moins long, selon la blessure et les soins qu'elle nécessite, l'aveugle sort de l'hôpital. Il est alors dirigé sur une École de rééducation, et sur l'École la plus proche de son domicile.

Les Écoles de rééducation. — C'est en avril 1915 que s'ouvrit la première, à Paris, à Reuilly. A la vérité, ce fut d'abord une maison de convalescence, organisée comme annexe des Quinze-Vingts, par M. Brisac, Directeur de l'Assistance Publique. *La Société des Amis des Soldats Aveugles* (Président M. Vallery-Radot) apporta son aide précieuse et peu à peu, sous la direction de M. Emard, la Maison de Convalescence devint l'École de Rééducation-Mère.

Mais, bien vite, hélas ! le nombre des soldats aveugles atteignit un chiffre tel qu'il fut impossible de les conserver dans un établissement unique. D'autre part, on s'aperçut que le séjour de Paris n'était pas toujours bienfaisant pour les blessés qui, éloignés de leurs familles, étaient souvent l'objet, de la part de dames visiteuses, d'une pitié déprimante ou d'excessives gâteries qui leur faisaient perdre le désir du retour au pays natal. On chercha à en placer un certain nombre en province.

Les Écoles créées avant la guerre, pour les aveugles civils, à Amiens, Nantes, Bordeaux, Marseille et Lyon reçurent un premier contingent d'élèves.

Elles étaient encore insuffisantes. Le Service de Santé créa alors des Filiales de Reuilly dans les villes suivantes : Chartres, Caen, Saint-Brieuc, Tours, Bayonne, Toulouse, Montpellier, Clermont-Ferrand, Dijon, Le Mans.

Autant qu'il fut possible, ces Écoles furent installées au Centre Ophtalmologique même ou dans le voisinage immédiat, et comme elles étaient placées sous le contrôle du médecin chef, on put y faire entrer des hommes qui avaient encore besoin de soins médicaux espacés.

On ne s'est pas préoccupé, pour leur admission, de leur situation militaire. La réforme pouvait intervenir pendant la rééducation : rien n'était, de ce fait, changé pour l'homme, mais l'indemnité payée à l'École cessait de l'être par le Ministère de la Guerre, pour être versée par le Ministère de l'Intérieur.

Les Directeurs de ces Écoles, tous bénévoles, se sont dévoués corps et âme à nos blessés. La France leur doit une vive reconnaissance. Ils ont fait leur œuvre dans le silence et avec le plus grand dévouement.

A Amiens, M. le Docteur Sexe a mis sa saine et joviale activité au service des élèves de l'Hospice Saint-Victor; à Bayonne, M. Fort a organisé l'École ; à Bordeaux, M. le Capitaine Galtier est un administrateur vigilant et paternel ; à Caen, M. Palyart, M. Pierre Villey, M. le Docteur Profichet rivalisent de zèle ; M. le Docteur Cosse a fait à Chartres une École modèle, dirigée ensuite avec un même succès par les docteurs Monthus et Delord; à Clermont-Ferrand, M. Desdevises du Dézert, doyen de la Faculté, montre une énergie soutenue et une personnalité arrêtée autant qu'intelligente ; Lyon-Caluire et Lyon-Villeurbanne sont en bienfaisante émulation; à Marseille, M. Moitrier crée un nouvel établissement, départemental, à côté de celui de la rue Paul, municipal; M. le Professeur Truc, un de nos maîtres en typhlophilie, se dépense sans compter



MASSEURS AVEUGLES.
École des Aveugles, rue de Reuilly, Paris.



FERMIER AVEUGLE.
Association Valentin Haüy.

à Montpellier; M. le Docteur Stunff suit à la Persagotière, attentivement, ses blessés des hôpitaux ; à Saint-Brieuc, c'est un professeur de philosophie, M. Félix Thomas, qui a consacré sa vie et sa généreuse ardeur aux aveugles bretons : l'École de Saint-Étienne, comme celle de Toulouse, relève surtout du préfet du département; et deux magistrats : à Dijon, M. Hugueney; à Tours, M. Félix Robert, dirigent avec un zèle incessant et une rare clairvoyance deux de nos plus importants centres de rééducation; enfin l'École du Mans a pour Directeur M. Lego, industriel. A Paris, tout le monde connaît la maison de Reuilly, fondée par M. Brisac, dirigée par M. Émard, aidée par la *Société des Amis des Soldats Aveugles*. Sans espérer être complet, il faut citer encore la vieille et rajeunie Association Valentin Haüy, la Société des Ateliers d'Aveugles (Dr Morax); l'Abri, de Mme Marthe Brandès; les Ateliers d'Auteuil (MM. de la Rochefoucauld et Bernard Lazard); l'École Américaine de la rue Daru (M. Ridgley Carter et Mlle de Villedon); et enfin, la plus récente, l'École de Tricotage de Neuilly (Permanent Blind Relief War Fund), réservée également aux hommes qui sont à la fois aveugles et amputés. La même Œuvre Américaine a créé une École Supérieure pour les Officiers et une École Commerciale.

Les indications données aux Directeurs en diront l'esprit et l'organisation. En voici quelques-unes :

Le Directeur d'une Maison de Rééducation doit s'efforcer de garder ses élèves peu de temps, et de leur donner le désir de rentrer au plus tôt dans la vie, avec confiance, avec la conviction qu'ils y trouveront le bonheur par un travail dont le produit, s'ajoutant à la pension, leur assurera la dignité et l'indépendance. Il aurait mal compris sa tâche, le Directeur qui dirait : « Mes pupilles sont tellement bien avec moi qu'ils ne veulent plus me quitter ». Il faut que les pupilles aient le désir, au contraire, de quitter l'École, fiers du métier qu'ils y auront appris et de l'éducation morale qu'ils y auront reçue.

Mais qu'entend-on par « le plus tôt possible » ?

Cela varie selon les professions et selon les individus. Dans la question qui nous occupe, il n'y a pas de généralités. Il n'y que des cas particuliers, et c'est pourquoi le Directeur de notre École doit connaître chacun de ses élèves, doit être pour chacun un directeur de conscience.

Comment, au point de vue social, se répartissent nos blessés oculaires ? Toute la nation est à la guerre et les balles ne choisissent pas. Le monde de nos aveugles est donc de la même composition que celui des voyants, c'est-à-dire que l'on y trouve les cultivateurs pour une proportion de 7/10, les ouvriers de 2/10, les employés et les professions libérales constituant le reste.

L'homme de la terre doit aller à la terre. S'il était attiré par les villes tentaculaires, il faudrait lui vanter les bienfaits du retour aux champs et lui montrer combien sa vie serait plus difficile au milieu des grandes agglomérations.

On s'est efforcé de renvoyer l'aveugle dans sa famille, et de l'éloigner des ateliers. On y a réussi le plus souvent.



TONNELIER AVEUGLE.
École des Aveugles, rue de Reuilly, à Paris.

Un grand nombre de nos blessés se sont mariés, et se sont créé un foyer où ils jouissent d'un bonheur qu'ils n'osaient pas espérer.

Voici la liste de ces Écoles, et des renseignements statistiques :

ÉTAT des Écoles de Rééducation pour Soldats aveugles, fondées par le Gouvernement Français et subventionnées par des Œuvres françaises.

VILLES	DATE DE L'OUVERTURE	NOMBRE DES ÉLÈVES SORTIS	NOMBRE DES ÉLÈVES PRÉSENTS AU 11 AVRIL 1919	MÉTIERS ENSEIGNÉS	DATE DE LA FERMETURE
Amiens	Novembre 1915	12	»	Braille, brosserie, chaiserie, filet	Mars 1918
Bayonne	Juillet 1915	19	2	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie	Fin Août 1919
Bordeaux	Janvier 1916	70	25	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, filet	Non prévue
Caen	7 Juillet 1916	37	9	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, filet	Non prévue
Cannes	15 Avril 1917	28	12	Braille, filet, musique, dactylographie, chant	?
Chartres	Juillet 1915	60	»	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie	Décembre 1918
Clermont-Ferrand	22 Mars 1916	76	8	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie	12 Juin 1919
Dijon	21 Août 1916	84	4	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie	19 Mai 1919
Fayl-Billot	1er Nov. 1916	5	»	Vannerie grosse et fine	?
Le Mans	16 Avril 1918	9	13	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, filet	Néant
Limoges	Juin 1916	21	18	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie	Non prévu
Lyon-Caluire	12 Mai 1915			Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie, dactylographie, musique, chant	
Lyon-Villeurbanne	Janvier 1915	166	31	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, cordonnerie, dactylographie	Ne fermera pas
Marseille (rue Paul)	Septembre 1914	33	11	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, dactylographie, filet, chant	Courant Mai
Marseille (Institut départemental)	Juillet 1915	36	16	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, filet, dactylographie	Fin déc. 1919
Montpellier	15 Sept. 1915	81	0	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, dactylographie, chant, musique	Avril 1919
Nantes	Juin 1916	64	22	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, dactylographie, accords de piano, musique	Non prévue
Saint-Brieuc	23 Juillet 1916	83	9	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie, filet	1er Mai 1919
Toulouse	5 Juillet 1916	28	23	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, filet, dactylographie	Décembre 1919
Tours	Avril 1915	48	16	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, vannerie, filet, dactylographie.	20 Mai 1919
ÉCOLES DE PARIS					
Reuilly	29 Mars 1915	449	179	Braille, brosserie, chaiserie, cordonnerie, ajustage, mécanique, montage des roues, tonnellerie, dactylographie, filet, musique	Ne ferme pas
Association Valentin Haüy	Mai 1915	114	26	Braille, brosserie, chaiserie, vannerie, dactylographie, musique, filet, cordonnerie	—

Après la rééducation. — Voici donc le blessé en bonne santé et pourvu d'un métier. L'État considère alors sa mission comme terminée et ce sont les nombreuses Œuvres instituées pour les aveugles qui s'occuperont de lui créer un foyer, de le suivre dans la vie et de lui assurer une aide en cas de besoin.

L'éducation du public. — Ce n'est pas assez. Il n'est pas suffisant d'avoir fait la rééducation de nos blessés aux yeux : il faudrait réaliser celle du public.

Les voyants ne savent rien de la vie de celui qui n'a plus ses yeux, et lorsqu'ils voient un aveugle, leur émotion est telle que leur jugement en est tout chaviré.

Il arrive fréquemment, par exemple, que dans un train, si un aveugle voyage avec son guide, un étranger demande au guide, à haute voix :

« Il y a longtemps qu'il est aveugle ? »

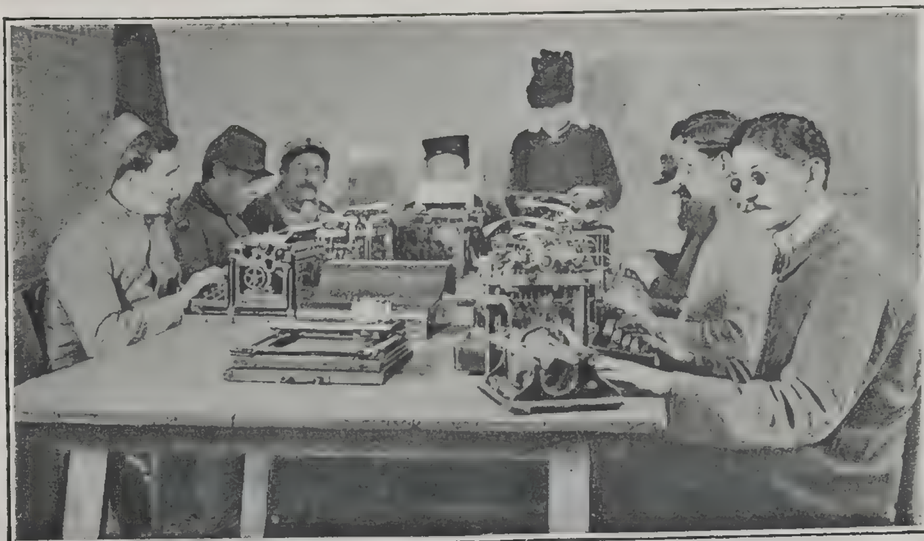
... Comme si l'aveugle était un colis incapable de répondre lui-même !

Les voyants sont si émus, en face de la cécité, qu'ils la confondent avec la mort.

Une dame m'a dit ce mot effroyable dans son égoïsme naïf :

« Je voudrais soulager les aveugles, mais je ne veux pas m'occuper d'eux directement ; je ne veux pas les voir, c'est trop affreux et je suis trop sensible ».

Elle envoya alors un don à une Œuvre et se crut ainsi libérée de son devoir envers eux.



Cliché Gaumont.

LA DACTYLOGRAPHIE.

École des Aveugles, rue de Reuilly, à Paris.

C'est pour des gens de cette sorte que l'on a conseillé à ceux de nos aveugles qui auront affaire au public, aux représentants de commerce, par exemple, de mettre des lunettes noires... afin de ménager les nerfs de ces pauvres voyants, que l'infortune des autres émeut si fort qu'ils ne peuvent la supporter et prennent la fuite, croyant sans doute que le malheur n'existe plus lorsqu'ils ont cessé de le voir.



TAILLE DE CRISTAUX.

École des Aveugles, rue de Reuilly, à Paris.

Les lunettes aux verres fumés calment leurs nerfs et ils se disent : « Il prétend être aveugle, mais il y voit encore plus qu'il ne le dit ». Leur âme en est apaisée et ils consentent à causer, à acheter. En un mot, ils donnent à celui qu'ils supposent être un simulateur une confiance qu'ils étaient prêts à refuser à un véritable aveugle. Pauvres gens !

* * *

Ce dont les aveugles souffrent le plus, c'est d'avoir besoin des voyants. Il arrive qu'on rencontre dans la rue un aveugle et son guide. L'aveugle est un homme jeune, vigoureux, alerte. Le guide est un bon vieux monsieur qui, par dévouement, le promène. Mais il semblerait à les voir que l'aveugle ait aussi besoin d'être porté. Le bon monsieur lui a empoigné le haut du bras et le serre convulsivement comme le font les gardiens de la paix en menant un homme au poste de police. Il fait de grands efforts. Il est grave, silencieux, important, préoccupé. Il ne quitte pas des yeux les pieds de l'aveugle, et si bien que l'aveugle et le guide se heurtent tous deux contre un arbre ou un bec de gaz qu'eut évités l'aveugle seul.

Un de nos blessés me disait :

« Lorsque je suis allé me promener avec M. X..., j'ai eu mal à l'épaule pendant deux jours et j'ai des bleus au bras. »



LA LECTURE EN BRAILLE.

École des Aveugles, rue de Reuilly, à Paris.



CORDONNERIE DES AVEUGLES.
École des Aveugles, rue de Reuilly, Paris.

Cette petite anecdote est symbolique. Il ne faut pas faire souffrir les aveugles en voulant leur rendre service. Il ne faut leur donner que la protection dont ils ont besoin et il faut que cette protection soit assez douce pour qu'ils ne s'aperçoivent presque pas qu'ils sont protégés.

Et ceux qui ont le bonheur d'avoir encore leurs yeux leur doivent un genre de protection qui, pour s'exercer à distance, n'en est pas moins efficace. Il faut avoir assez de bonté pour consentir à aider les aveugles sans qu'ils le sachent.

Le moyen ? Le moyen, c'est, pour ceux d'entre eux qui travaillent, de leur fournir du travail, tout simplement. Avec un Ronéophone et une machine à écrire, un aveugle est un secrétaire parfait, un sténo-dactylographe excellent. Il faut le prendre comme employé. Non par charité ! Non ! pas par charité ! Mais parce qu'il est un agent aussi bon qu'un autre ; parce qu'il est un homme actif et intelligent, beaucoup, beaucoup moins diminué qu'on n'est porté à le croire. Vous lui rendez la vie en lui rendant confiance en lui-même, en lui démontrant par des faits qu'il peut être encore utile, en lui rendant dans sa plénitude, son individualité qu'il croyait affaiblie, en lui rendant la fierté de vivre.

Et si, malgré tout, il commet quelque erreur, c'est en acceptant le petit ennui qui en résulte pour vous, que vous aurez montré de la bonté.

D'autre part, l'État n'a pas rempli tous ses devoirs envers nos soldats aveugles, lorsqu'il leur a servi une pension. Il doit leur assurer du travail, et, pour les simples ouvriers par exemple, leur réserver le monopole de la fabrication des objets qu'ils peuvent produire. De ces objets, le public ne doit acheter que ceux qui sortent des mains des aveugles.

En un mot, lorsqu'on est devant un aveugle, on doit paraître oublier qu'il est aveugle afin qu'il l'oublie lui-même, mais il faut s'en souvenir toujours... sans qu'il s'en aperçoive.

BRIEUX,
de l'Académie Française.

CHAPITRE XII

LA PHARMACIE PENDANT LA GUERRE

L'ÉTUDE de la pharmacie et des sciences qui s'y rattachent méritent au pharmacien une place toute spéciale à la considération publique.

C'est le scientifique le plus accessible à tous : le savant modeste de nos campagnes, le praticien indispensable à la ville.

Dans quelle profession est-on le mieux préparé à répondre aux questions les plus diverses et les plus complexes ?

« S'il y a un vin frelaté, une eau malsaine, un air méphitique, un aliment dangereux, à qui peut-on mieux s'adresser qu'au pharmacien-chimiste pour y remédier ? Un minéral contient-il des substances métalliques ou des sels qu'on puisse exploiter ? Telle plante est-elle utile comme aliment, comme médicament, pour la teinture, pour les arts ? Comment extraire de tel fruit ou de telle racine, du sucre ou une fécule nourrissante ? Comment neutraliser tel poison, analyser telle liqueur ? Qui ne se connait mieux dans les arts ou la technologie que le pharmacien vraiment digne de ce nom ? » (Virey).



PIERRE BAYEN (1725-1798)
D'après un portrait en grisaille qui figure à l'Hôtel de Ville de Châlons.

Avant le séjour à la Faculté, on exige du futur étudiant une instruction générale solide. Puis à l'école, outre la pharmacie proprement dite, on lui enseigne la chimie, la physique, la géologie, la minéralogie, l'hydrolcgie, la zoologie, la parasitologie, la botanique, la cryptcgamie, la bactériologie, etc.

La France compte parmi ses gloires scientifiques les plus hautes un grand nombre de pharmaciens.

Dès la fondation de l'Académie des Sciences par Napoléon Ier, la section de Chimie, sur six membres, comptait trois pharmaciens *(Bayen, B. Pelletier, Vauquelin)*. Depuis, les célébrités de la pharmacie n'ont cessé de tenir à l'Institut de France et à l'Académie de Médecine une place honorable.

Sans compter les maîtres qui se sont distingués dans les Facultés de Pharmacie, de Médecine et des Sciences, nombreux sont les pharmaciens qui ont été soit professeurs, soit répétiteurs à l'École polytechnique. On ne connaît pas de découverte quelque peu importante dans le domaine de la chimie à laquelle un pharmacien n'ait contribué soit comme initiateur, soit comme inventeur, soit comme continuateur, soit enfin comme vulgarisateur.

Les travaux d'utilité générale accomplis par les pharmaciens sont innombrables. Dans une guerre, leur place était marquée à l'avance pour une utilisation rationnelle indispensable de leurs capacités.

La Patrie en danger avait fait appel, en 1792, à toutes les énergies nationales. Les pharmaciens-chimistes avaient répondu au premier rang des savants qui apportèrent leur appui au gouvernement de la République en détresse.

Bientôt, ils eurent créé des ressources inappréciables de soufre, de salpêtre, etc., etc., contribué par des procédés nouveaux à établir le ravitaillement en munitions des troupes dénuées de tout.

Un curieux rapprochement peut être fait entre cette organisation hâtive d'il y a plus d'un siècle et celle qu'exigea de nous l'emploi par les Allemands de toutes les inventions du domaine de la chimie les plus imprévues



Photo Musée du Val-de-Grâce.

PHARMACIE CENTRALE DE L'ARMÉE.
FABRICATION DES PANSEMENTS INDIVIDUELS.

parce que les plus barbares et indignes d'une nation civilisée.

C'est aux pharmaciens qu'appartient l'honneur d'avoir, les premiers, lutté contre les gaz asphyxiants. C'est aux maîtres de la pharmacie que l'on doit les découvertes qui nous ont permis de lutter efficacement contre l'arme odieuse inventée par l'ennemi.

* * *

Les premiers jours de la guerre, malgré les avertissements donnés au cours des sanglants et récents conflits russo-japonais et turco-balkaniques, on n'avait pas méthodiquement préparé l'utilisation du corps pharmaceutique.

Une guerre franco-allemande devait durer au plus quelques semaines.

Une guerre ainsi prévue excluait de grands préparatifs dans les services d'arrière; les stocks de médicaments existants semblaient suffisants. De plus on ne pensait pas assez que les connaissances multiples du corps pharmaceutique pourraient jamais, en de telles circonstances, avoir une utilité considérable.

Brusquement on découvrait que les services séculaires qu'il avait rendus au pays dans la paix comme dans la guerre devaient se continuer au sein de la Patrie en péril, dans une organisation militaire appropriée aux événements.

Ce rôle d'initiative scientifique, d'abnégation et de dévouement absolu, disons-le dès maintenant, fut rempli avec un courage sans limite par le corps pharmaceutique tout entier.

La multiplicité des emplois que pouvait s'assimiler le pharmacien le conduisit à s'occuper de questions extra-pharmaceutiques. C'est avec un zèle digne d'éloges que chacun voulut accomplir scrupuleusement jusqu'au bout les difficiles détails que crée, forcément, une situation où tout doit, en quelque sorte, s'improviser au fur et à mesure des besoins de l'heure présente.

On soupçonnait que la guerre qui s'annonçait prochaine, en juillet 1914, serait sanglante.

Toutefois, on ne pouvait s'attendre aux effroyables hécatombes humaines des premières rencontres. Le service de santé se trouva impuissant, dès les premiers jours, à s'organiser dans des conditions satisfaisantes et la presse française tout entière s'émut du désordre qui y régna, peu de temps il est vrai, mais encore trop longtemps pour nos malheureux et glorieux blessés.

Nous ne voulons pas ici discuter les responsabilités d'une telle imprévoyance ; notre but est de mettre en lumière les bons et utiles services des pharmaciens et de leur faire rendre la justice que leur dévouement au cours de la guerre leur a fait mériter.

* * *

Les établissements pharmaceutiques militaires comprenaient avant la guerre :

La Pharmacie centrale des hôpitaux militaires chargée de fabriquer, d'acheter et d'analyser les médicaments et réactifs de toutes sortes, de réapprovisionner la Pharmacie régionale de Limoges et la plus grande partie des hôpitaux militaires;

La réserve des médicaments de Marseille qui fabriquait, achetait et réapprovisionnait les hôpitaux militaires des régions de corps d'armée limitrophes, de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc ;

Une pharmacie régionale à Limoges pour le 12e corps d'armée.

Les hôpitaux militaires installés généralement au chef-lieu de corps d'armée, approvisionnés, comme il est dit ci-dessus, satisfaisaient aux besoins des établissements militaires et corps de troupe de leur corps d'armée.

Toutes ces formations sanitaires étaient étroitement installées et dans des conditions qui ne répondaient, en aucune façon, aux besoins de la mobilisation, d'autant plus que les quantités de médicaments et de matériel qu'elles possédaient étaient de très minime importance.

En temps de paix, le pharmacien militaire du cadre actif était chargé, sous l'autorité du médecin chef, du service de la pharmacie. Il établissait les demandes de médicaments et du matériel spécial de pharmacie. Il était responsable de ses approvisionnements.

Le pharmacien exécutait les analyses et essais des denrées alimentaires et des médicaments ou les expertises qui lui étaient demandées par l'intermédiaire du médecin chef.

* * *

A la déclaration de la guerre le service pharmaceutique à la direction du service de santé ne comportait qu'un pharmacien du cadre actif.

Un peu plus tard il y en eut deux, puis trois.

Le rôle de ce service était d'assurer l'approvisionnement des armées et des formations du territoire en médicaments et matériel de pharmacie et de chimie. Il était chargé, en outre, de l'étude de certaines questions techniques posées par le Service de Santé.

Le cadre des pharmaciens mobilisés comprenait 126 pharmaciens de l'armée active et 2.192 des réserves de l'armée active et réserve de l'armée territoriale; au total 2.318.

Ils furent répartis ainsi : 800 dans les formations de campagne, 718 dans les hôpitaux et services de l'intérieur, 800 disponibles. Chaque train sanitaire improvisé ou ordinaire compta dès le début un pharmacien.

Après la mobilisation, il se trouva que les approvisionnements du Service de Santé étaient dans l'état le plus précaire.

A L'INTÉRIEUR : Seuls existaient à la disposition de la 7e direction : la Pharmacie centrale de Paris et les réserves de médicaments à Marseille. Il fallut d'urgence élargir les organisations existantes.

On créa deux pharmacies centrales, à Nantes (fin septembre 1914) et à Bordeaux (fin octobre 1914). Il fallut les équiper et les approvisionner entièrement au cours de la guerre.

Outre la Pharmacie régionale de Limoges et les pharmacies des hôpitaux militaires qui furent approvisionnées selon leurs besoins anciens et nouveaux, dix pharmacies régionales furent organisées. Cinq : Vernon, Boulogne, Tours, Orléans, le Mans furent destinées aux régions dépourvues d'hôpitaux militaires régionaux. Les cinq autres : Troyes, Chaumont, Châlons, Besançon, Dijon devaient renforcer les hôpitaux militaires régionaux des 6e, 7e, 8e, 20e et 21e régions.

Toutes ces pharmacies régionales réapprovisionnaient les hôpitaux temporaires, les infirmeries régimentaires et vétérinaires et s'occupaient de l'analyse des denrées alimentaires des dépôts de corps de troupe.

Au début de la guerre, les stations-magasins comportaient un pharmacien ayant à sa disposition 500 kilogrammes de médicaments et de matériel divers. Il fallait au plus vite constituer de véritables pharmacies secondaires d'approvisionnement. De plus, à côté de la pharmacie humaine, la pharmacie vétérinaire absorbait une énorme quantité de médicaments.

Le nombre des stations-magasins a varié entre quatorze et vingt et une. L'une d'elles, à Toulon, avait la charge de réapprovisionner les corps expéditionnaires des armées d'Orient.

A l'exception des stations-magasins qui étaient les organes d'approvisionnement des armées, les créations précédentes approvisionnaient les formations sanitaires de l'intérieur.

AUX ARMÉES, les réserves sanitaires du matériel et des médicaments furent placées aux gares régulatrices.

A la mobilisation, ces établissements, en ce qui concerne les médicaments, ne



Photo Musée du Val-de-Grâce.

PHARMACIE CENTRALE DE L'ARMÉE.
UN LABORATOIRE DE CHIMIE.

possédèrent qu'une très petite quantité de produits et *n'eurent même pas de pharmaciens.* Un officier d'administration était à la fois gestionnaire du matériel et pharmacien.

* * *

Le corps pharmaceutique militaire élargi par la mobilisation comprenait des savants de grande valeur, des industriels, des commerçants dont bon nombre dirigeaient, dans la vie civile, des usines importantes. On devait trouver parmi eux des éléments d'une utilité incontestable à la défense nationale, mais qui, par une erreur regrettable, fut contestée.

Le pharmacien moderne, quand il reçoit son diplôme, n'est pas seulement et *uniquement* le préparateur de médicaments. Il est à la tête d'un bagage scientifique important que son labeur de quatre années à la Faculté a développé considérablement ; en un mot, c'est un *scientifique*.

Au début de la guerre, s'il s'est produit quelques hésitations à la direction du Service de Santé pour l'utilisation rationnelle des pharmaciens, c'est que l'on y gardait la conception désuète du pharmacien *uniquement préparateur de médicaments.*

Une autre erreur du début, tout aussi regrettable, voulait qu'il y eut excès de pharmaciens mobilisés. Au corps de santé on prétendait ne pouvoir les employer dans leurs fonctions.

C'était l'époque de la chasse aux embusqués qui, dans une louable intention, fit tant de mal à nos organisations intérieures parfois si précaires pourtant.

Or, nous venons de voir que, sans parler de l'utilisation des compétences, on aurait dû fournir des pharmaciens à nos réserves sanitaires des gares régulatrices. Il s'en fallait aussi qu'au commencement toutes les pharmacies de l'intérieur aient un pharmacien.

Dans un article du 16 février 1915, le journal *Le Temps* élève la voix contre un règlement militaire qui prescrivait que tout hôpital dont le nombre de lits n'atteignait pas cent fut dépourvu de pharmaciens. « N'eut-il pas été logique et sage de considérer, dans le classement des hôpitaux, la gravité possible des maladies autant que l'importance des établissements où elles sont traitées ?

« On voit ainsi qu'en donnant aux pharmaciens leur place normale qu'aux termes de la loi ils devraient d'ailleurs occuper, on trouverait sur le territoire à en utiliser un nombre important..... »

Et plus loin :

« .....On évalue à quatre mille le nombre des pharmaciens mobilisés. Nous sommes persuadés qu'en leur donnant le rôle et les emplois auxquels les a préparés leur instruction professionnelle, l'autorité militaire rendrait le plus grand service aux malades et aux blessés de l'armée nationale. »

De plus, il y avait place pour un grand nombre d'entre les pharmaciens mobilisés, dans l'organisation scientifique de l'armée moderne. La besogne qui leur revenait logiquement devait être la stérilisation des eaux en campagne, la stérilisation des vêtements et objets contaminés, l'inspection des aliments, la surveillance des conditions de transport des denrées alimentaires périssables, la destruction de la vermine et en général, l'exécution de toutes les autres mesures prophylactiques.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

PHARMACIE DE L'HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

* * *

Possédant des approvisionnements réglementaires presque nuls et des pharmacies en nombre insuffisant, le service pharmaceutique, en prenant de lourdes responsabilités, devait assurer les besoins énormes des armées en France et sur les territoires des opérations extérieures, ainsi que les besoins du Service de Santé à l'intérieur du pays en matériel technique de toute nature.

Dès les premiers jours de la guerre,

il avait pu combler un déficit de quatre cent mille pansements, *bien que le service des objets de pansements* ne lui incombât pas.

Mais la situation, chaque jour plus pénible, faisait de sa réorganisation complète, au bout de quelques mois, une question de nécessité.

En avril 1915, des difficultés d'un autre ordre s'ajoutèrent à celles du service pharmaceutique, et le gouvernement décida la création d'un Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

La pharmacie est rattachée par ordre à la 2e division technique. En fait, elle jouit d'une certaine indépendance. Le chef de service est un pharmacien principal qui a sous ses ordres trois collaborateurs officiers.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

PHARMACIE CENTRALE DE L'ARMÉE.
FABRICATION DES AMPOULES MÉDICAMENTEUSES.

L'un d'eux s'occupe du ravitaillement des armées sur tous les fronts de batailles, en médicaments, produits chimiques, matériel technique, etc.

Un autre est à la tête du ravitaillement du même ordre pour le territoire intérieur.

Le troisième permet aux deux autres de donner satisfaction aux demandes des armées et du territoire. Il reçoit les situations décadaires des grands établissements pharmaceutiques producteurs et approvisionnaires.

Il prescrit les mesures nécessaires pour maintenir les stocks à un niveau qui permette de satisfaire à toutes les demandes. A cet effet, il est en relation avec les différents services de l'Administration centrale, Commission des dérogations, matériel chimique de guerre, poudres et salpêtre, etc.

Le chef de service fait partie des diverses Commissions techniques, donne son avis pour le personnel, s'assure de la bonne gestion des grandes pharmacies d'approvisionnement et des stations-magasins, de l'atelier des thermomètres, des usines de récupération des pansements usagés et des masques contre les gaz asphyxiants.

Le service pharmaceutique des Réserves sanitaires de matériel placées dans les gares régulatrices créa, auprès de ces établissements, des pharmacies indépendantes.

Certaines de ces formations manipulèrent journellement plusieurs tonnes de médicaments.

Ces pharmacies d'armée se réapprovisionnaient elles-mêmes à la station-magasin. Elles approvisionnaient toutes les formations sanitaires de l'armée, hôpitaux d'évacuation, ambulances, laboratoires, postes de secours, sacs régimentaires, etc, etc.

Au début de la guerre, les stocks prévus pour les stations-magasins étaient absolument insuffisants comme nous l'avons vu précédemment.

On les réorganisa. Elles comportèrent de quatre à cinq pharmaciens officiers et expédièrent journellement aux armées plusieurs milliers de tonnes de médicaments, désinfectants, etc, etc.

A l'intérieur, les personnels des pharmacies régionales, stations-magasins, relevaient directement de l'administration centrale (2e division technique). Dans chaque région de corps d'armée, le directeur du Service de Santé avait un directeur-adjoint pharmacien. La plus grande partie de ces postes furent confiés par le Ministre à des professeurs, agrégés, des diverses facultés de pharmacie et à des pharmaciens militaires du cadre actif.

Les professeurs étaient mobilisés comme pharmaciens principaux ou majors de 1re classe. Ils avaient la haute main sur les laboratoires régionaux d'analyses et d'expertises des hôpitaux de leur région.

Chaque mois, le ministre les convoquait au Ministère de la guerre et présidait lui-même ces réunions. Là, il se faisait rendre compte, région par région, de l'activité des établissements et des laboratoires, de la rapidité d'exécution des ordonnances, de leur importance, des observations que les médecins pouvaient éventuellement formuler sur l'activité thérapeutique des médicaments. Il insistait particulièrement sur la diligence avec laquelle le blessé recevait les médicaments et il était soucieux de la surveillance apportée dans l'hygiène et l'alimentation du soldat.

Dans chaque armée, le directeur du Service de Santé était également assisté d'un pharmacien adjoint, ces

fonctions étant occupées par des pharmaciens du cadre actif. Ces officiers du Corps de Santé s'assuraient de la bonne marche des services pharmaceutiques des laboratoires d'armées, de toxicologie, des hôpitaux et des ambulances.

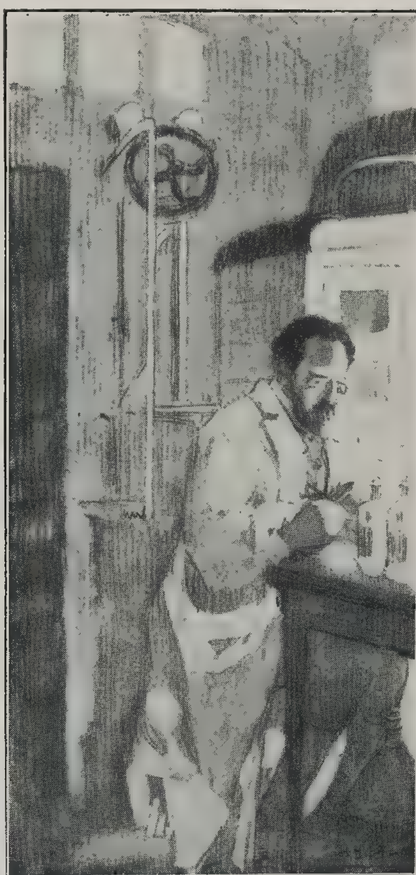
* * *

M. Justin Godart fut le premier Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

A sa demande, une Commission composée de pharmaciens et de médecins réglementa l'usage des substances vénéneuses à l'armée. Cette réglementation faisait participer le Service de Santé militaire à la lutte engagée par les pouvoirs publics contre l'emploi inopportun des poisons stupéfiants par des personnes non qualifiées et présentait l'intérêt le plus immédiat pour la race.

Il organisa *légalement* les services pharmaceutiques des hôpitaux temporaires. Il décida que chaque régiment (unités combattantes ou dépôts) posséderait un pharmacien.

Sous son ministère, le service de la répression des fraudes en matière de denrées alimentaires aux armées fut confié à des pharmaciens militaires.



LA PHARMACIE.
TRAIN SANITAIRE.
Dessin de Fargeot. (Musée du Val-de-Grâce.)

Des pharmaciens-chimistes et bactériologistes accompagnaient les ambulances automobiles chirurgicales.

Des laboratoires de recherches scientifiques furent organisés dans les H. O. E., ces établissements sanitaires improvisés près du front dans de légères constructions en planches destinés à recevoir plusieurs milliers de blessés.

Il décida la création des laboratoires de toxicologie rattachés aux groupes divisionnaires de brancardiers (mai 1915) et il en donna la direction à des pharmaciens.

En septembre 1915, un pharmacien principal ou major de 1re classe de l'armée active ou complémentaire fut adjoint au directeur du Service de Santé de chaque région avec des pouvoirs étendus.

Désormais, les pharmaciens mobilisés relevaient d'un des leurs professionnellement mieux préparés à les juger ou à les diriger.

Les premiers jours de la guerre, on n'avait pas d'instruments à mettre entre les mains du pharmacien fraîchement mobilisé. Pas de microscope pour examiner les farines, pas d'alcoomètre, pas d'alambic pour analyser les vins. « Débrouillard », le pharmacien a d'abord essayé de créer le matériel inexistant quand faire se pouvait (n'est-il pas un excellent souffleur de verre, un habile monteur d'appareils de chimie ?) puis il a réclamé en haut lieu.

Le bon outillage qui lui était indispensable, *M. Justin Godart* éclairé par le pharmacien-major *Prothière*, attaché à son Cabinet, a prescrit les mesures nécessaires pour le lui procurer.

Les services s'organisant, il devenait indispensable de donner des aides aux chefs. C'est encore au même attaché qu'est due l'initiative de la création des pharmaciens auxiliaires. Cette décision fait honneur à son signataire et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à placer les compétences que l'on trouve nombreuses dans le corps pharmaceutique à la place où elles devaient rendre le maximum de services au pays.

A la date du 15 janvier 1916, 1.200 pharmaciens auxiliaires étaient nommés à l'extérieur et environ 680 désignés pour l'avant. Cependant, l'extension du Corps pharmaceutique provoquait des déplaisirs parmi ceux qui avaient présidé aux destinées du Service de Santé avant la création du Sous-Secrétariat d'État. D'où les oppositions nombreuses rencontrés par les promoteurs de la création des pharmaciens auxiliaires jusque sur le front.

Voici un exemple entre plusieurs de ces oppositions. Dans une note datée du 12 janvier 1915, adressée à un général commandant d'armée, le bureau du personnel de l'État-Major s'informait si la question suivante avait été posée à la direction intéressée du Service de Santé correspondant. A savoir s'il y avait lieu de pourvoir d'un pharmacien auxiliaire supplémentaire les formations ci-après : groupe de brancardiers divisionnaires, groupe de brancardiers de corps, hôpitaux d'évacuation, ambulance, laboratoire d'armée. Le directeur *répondit par la négative*, n'estimant pas nécessaire de créer au ...e corps, où il n'y en avait pas, des sections de pharmaciens auxiliaires.

Le 17 août 1915, le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé décidait de confier le service pharmaceutique des

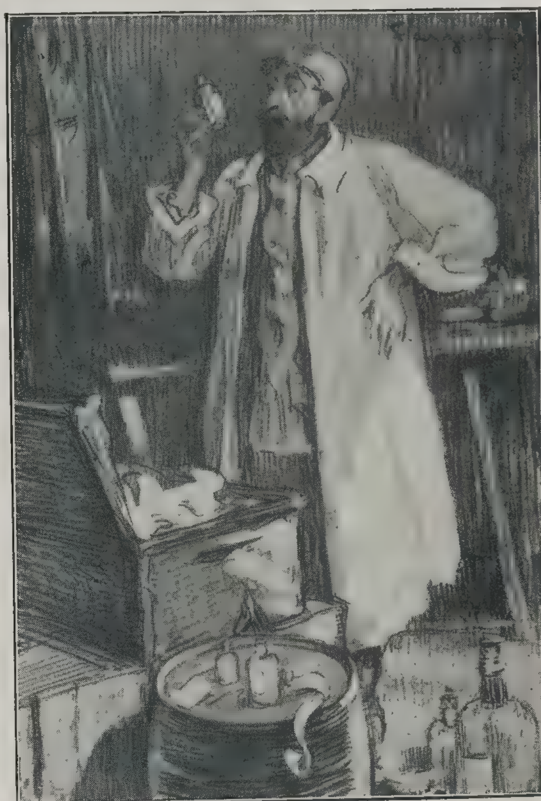
hôpitaux auxiliaires à des pharmaciens auxiliaires, un seul pharmacien auxiliaire devant être chargé de deux ou plusieurs hôpitaux de la même place, lorsque l'importance du service pharmaceutique ne nécessitait pas la présence d'un pharmacien auxiliaire par hôpital. En septembre 1915, le Sous-Secrétaire d'État décidait de constituer dans chaque région deux équipes dites équipes sanitaires destinées à être affectées aux armées, dans le but de mettre en œuvre les méthodes d'hygiène et d'assainissement dans les camps et les cantonnements de la zone des armées.

Chacune de ces équipes composées de 15 hommes du service auxiliaire fut placée, au point de vue technique, sous les ordres d'un pharmacien auxiliaire qui avait reçu une instruction spéciale sur l'hygiène des troupes en campagne.

Parmi les pharmaciens auxiliaires, des étudiants à quelques inscriptions seulement, furent utilisés dans les postes de l'avant et souvent, par suites des circonstances, comme médecins auxiliaires.

La brillante conduite d'un certain nombre leur mérita de forts belles citations à l'ordre du jour.

Peut-être pourrait-on ici parler de l'inutilisation des compétences. Mais ceci est encore en dehors du but que nous nous sommes proposé. Ce qu'affirment de glorieuses citations, c'est que nos pharmaciens auxiliaires donnèrent l'exemple d'une magnifique endurance et d'un inlassable dévouement, à quelque place qu'ils se soient trouvés poussés par les circonstances.



AIDE-PHARMACIEN AMBULANCE.
Dessin de Fargeot. (Musée du Val-de-Grâce.)

* * *

Au cours des premières opérations, on s'était aperçu que l'ennemi avait empoisonné les eaux de certains puits. On institua des laboratoires de toxicologie pour les surveiller, supposant que dès le premier recul l'ennemi empoisonnerait sur tout le front les eaux de boisson qui pourraient assurer l'alimentation des troupes.

Le long stationnement des armées imposé par la guerre de tranchées détourna bientôt les laboratoires de cette primitive destination.

Ile devinrent alors des laboratoires de chimie appliquée à l'hygiène et à la médecine.

La complexité des questions qui leur fut posée rendit leur fonctionnement d'une extrême utilité.

Ils s'occupèrent, entre autres, de savoir si les eaux puisées par les troupes étaient saines au point de vue bactériologique. L'étiquette « eau potable » ou « eau mauvaise » placée sur les postes d'eau était un renseignement de premier ordre fourni au soldat.

Les chefs de laboratoire indiquaient les travaux nécessaires pour permettre de recueillir des eaux saines, ou ils faisaient épurer les eaux polluées pour les rendre potables.

Les matières alimentaires furent soumises journellement à l'analyse des laboratoires : vin, lait, rhum, chocolat, farines, conserves de toutes sortes, tout ce qui pouvait être avarié ou falsifié involontairement ou volontairement.

Des analyses biologiques sommaires leur furent demandés par des médecins de corps : analyses d'urine, de pus, de viscères d'animaux suspects d'empoisonnements, etc.

Ils furent les premiers à s'occuper sur place des gaz asphyxiants, recueillirent des échantillons et réunirent les renseignements qui furent envoyés au Centre médico-légal, puis à Paris.

Le service du matériel « anti-asphyxiant » leur fut adjoint avec un personnel spécial.

Les laboratoires collaborèrent à l'enseignement sur le terrain de la protection contre les gaz délétères. Ils dirigèrent la désinfection des rues, chemins, tranchées, sous-bois et tous lieux insalubres.

Enfin, ils transmirent aux laboratoires d'armée fonctionnant au chef-lieu de chaque armée, toutes les questions trop délicates pour être traitées sur place avec un matériel incomplet.

En lisant un rapport rédigé par M. le professeur *Desgrez*, en vue de la protection des hommes contre les gaz asphyxiants, on peut constater que les médecins divisionnaires, fréquemment, firent appel au concours des chefs de laboratoire de toxicologie pour la démonstration pratique, en chambre chlorée, du danger présenté par les gaz.

Les effets de la collaboration des médecins divisionnaires et de quelques chefs de laboratoire de toxicologie

furent si heureux que le rapport exprime le regret de voir le nombre de ces derniers bien inférieur à ce qu'il aurait dû être, en regard des utiles services rendus.

Pour le recrutement des officiers destinés à être chefs de laboratoire de toxicologie, le service pharmaceutique de l'Administration centrale s'adressa aux professeurs de nos Universités. Ils conseillèrent de prendre des agrégés, des chefs de travaux, des docteurs ès sciences, des préparateurs de Faculté ayant le titre de pharmacien. On désigna aussi des officiers du cadre actif de santé.

Lors de la création des laboratoires, le Sous-Secrétariat d'État désigna environ deux cents officiers choisis de cette manière à la direction du Service de Santé.

Malgré le choix éclairé qui avait présidé aux nominations des chefs de laboratoire, il fut interdit aux pharmaciens toxicologues d'examiner sur place les gaz asphyxiants.

Après l'éclatement des obus suspects ou le passage des vagues délétères, ils étaient chargés de recueillir les gaz toxiques dans des ampoules en verre dans lesquelles le vide avait été fait au préalable. Puis ils faisaient expédier à Paris les prélèvements ainsi obtenus.

Cette tâche, toute de dévouement obscur, ne laissait pas de mettre en danger la vie de l'opérateur.

Le 22 avril 1915, les Allemands attaquent le front franco-anglais à Langenmarck, aux environs d'Ypres, avec des émissions d'un gaz de nature inconnue. C'est grâce au sacrifice d'une division canadienne, que tout le succès remporté par les Allemands n'est pas exploité. Mais quelle émotion causée, cependant, par ce succès. A cette époque, la 10e armée, sous les ordres du général *d'Urbal*, préparait l'attaque de mai 1915 où le général *Pétain* qui commandait le 53e corps s'illustra. A la 10e armée l'emploi du gaz inconnu dont s'était servi les Allemands était donc une source d'angoisse, et tout fut fait pour rechercher la nature du gaz toxique. C'est au laboratoire de la 10e armée que revient l'honneur d'avoir trouvé l'énigme de la situation, et voici dans quelle condition. Le chef du laboratoire était, à ce moment, le professeur agrégé *Launoy*, pharmacien-major. Le soir du 22 avril, un ordre arrive de la D. E. S., de partir sur Ypres pour mission de renseignements. Au moment de partir de la gare, un contre-ordre prescrit de s'arrêter à Hesdin (Pas-de-Calais), où le laboratoire d'armée fut alors installé.

Le dimanche 25 avril, on dirige sur le laboratoire une poudre verte qui aurait été employée par les soldats allemands pour se protéger des vapeurs toxiques. L'analyse décela du nitrate d'ammoniaque coloré par une substance inconnue. Ce n'était certes pas là la substance protectrice.

Le lendemain, le médecin principal *Burnet* adresse au même laboratoire 15 grammes environ de coton écru en flèches, taché de sang et de mucosités. Ce coton avait été saisi sur un prisonnier allemand qui avait avoué s'en être servi contre les vapeurs asphyxiantes. Du coton semblable avait été remis aux soldats allemands par leurs officiers. L'analyse indique que ce coton était imprégné *d'hyposulfite de sodium*. La lumière éclate sur la nature du gaz, c'était du chlore.

L'expertise adressée immédiatement à l'armée, eut pour conséquence de provoquer un ordre demandant de préparer par tous les moyens possibles ce coton protecteur.

Fort heureusement, il y avait à Auchy-lès-Hesdin, une filature dans laquelle *Launoy* et ses collaborateurs trouvèrent des quantités considérables de déchets de coton, et le 28 avril, dans une installation de fortune, ils commencent à préparer le coton hyposulfité. Cette installation, cependant trop réduite, fut transportée à Hesdin et là le chef du laboratoire et ses hommes travaillèrent jour et nuit. Le résultat fut le suivant : le 5 mai, cette formation fournissait à l'armée 3.642 kilos de coton imprégné.

Voici donc fixé le point d'histoire sur les débuts de la lutte contre les gaz asphyxiants.

* * *

L'honneur d'avoir trouvé des moyens efficaces pour se protéger des gaz ennemis, revient à la Faculté de pharmacie et aux pharmaciens-chimistes, tant comme initiateurs de moyens protecteurs préventifs, que comme inventeurs de gaz nouveaux permettant de « contre-battre » ceux de l'ennemi.

La guerre chimique que l'ennemi nous forçait d'entreprendre fut préparée, perfectionnée, enseignée à la Faculté de pharmacie. Ses locaux furent largement mis à la disposition du matériel chimique de guerre. Des conférences accompagnées de projections y furent données aux officiers sur l'emploi des gaz agressifs.

Parfois jusqu'à trois cent quarante officiers venaient, par semaine, suivre ces conférences.

La salle du Conseil de la Faculté servit à tenir les réunions semestrielles dénommées « conférences interalliées des gaz ». A la dernière, qui eut lieu du 25 au 31 octobre 1918, assistèrent des délégués français, anglais, américains, belges, italiens et japonais.

Nos maîtres trouvèrent là une occasion nouvelle de faire respecter par le monde entier les mérites développés par eux avec une énergie inlassable au cours de leurs travaux de laboratoire rendus applicables jusque sur le champ de bataille, grâce à leur dévouement.

C'est à la Faculté de pharmacie que l'on doit le plus grand nombre des moyens offensifs et défensifs de la guerre chimique.

M. le Professeur *Moureu*, membre de l'Institut, avant de quitter la Faculté de pharmacie, avait réalisé l'acroléine, la bromacétone, les iodures et bromures de benzyle, le chlorure de benzyle nitré, et d'autres produits encore.

La stabilisation de l'acide cyanhydrique dont on se sert pour remplir des milliers de projectiles est due à M. le Professeur *Lebeau*.

C'est également de son laboratoire que sont sortis tous les appareils de protection contre les gaz.

Le pays tout entier doit à ce savant les nombreuses vies humaines que ses recherches ont aidé si puissamment à protéger.

Le contrôle de fabrication des gaz a été exercé par M. le Professeur *Delépine*. On peut se figurer l'importance de sa tâche quand on saura que 75.000 tonnes environ de produits asphyxiants furent lancées sur l'ennemi au cours de la guerre.

Nous ne pouvons citer tous ceux qui contribuèrent à faciliter les travaux de la Défense nationale, soit par des conférences intéressantes, soit comme directeurs de laboratoires, soit comme manipulateurs dans des expériences périlleuses, soit par des études diverses et multiples appropriées aux nécessités journalières. Mais la France n'a garde d'oublier leurs noms et nous les saluons tous en saluant les plus illustres d'entre eux.

* * *

Nous avons dit qu'un atelier pour la fabrication des thermomètres médicaux fut créé par M. *J. Godart*, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé au Ministère de la Guerre. Son but était de former un Centre d'instruction et d'éducation professionnelle pour les mutilés de guerre qui devaient y être initiés, avant d'être répandus sur le territoire, à la délicate fabrication des thermomètres jusque-là entre les mains de la fabrication étrangère.

Cet atelier fut installé et fonctionna sous la direction d'un pharmacien du cadre complémentaire et, au départ de cet officier, il était en mesure de fournir à l'intérieur et aux armées plus de 2.000 thermomètres par mois.

* * *

En 1916, l'État-Major de l'Armée (deuxième bureau, service des renseignements) demandait au Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, un chimiste pouvant collaborer à certaines recherches secrètes.

Le Sous-Secrétaire d'État désigna un pharmacien-major du cadre complémentaire qui accomplissait en même temps d'autres fonctions comme chef du laboratoire de la section technique de santé, aux Invalides.

En 1917, l'État-Major demanda que ce pharmacien lui fut définitivement attaché.

* * *

M. *Mourier*, qui remplaça M. *Justin Godart* au Sous-Secrétariat du Service de Santé, maintint et développa toutes les réformes faites par ses prédécesseurs.

Il créa une commission de thérapeutique des gaz asphyxiants comprenant sept membres, dont deux pharmaciens du cadre complémentaire.

Elle rendit de grands services en établissant judicieusement des traitements

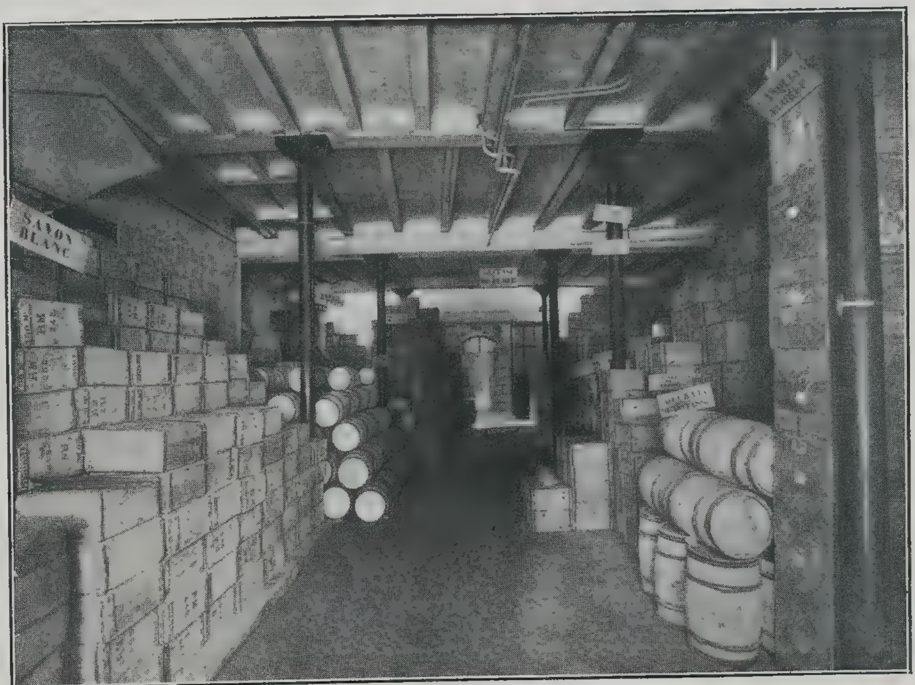


Photo Musée du Val-de-Grâce.

RÉSERVE DES MÉDICAMENTS, MARSEILLE (ANNEXE DU PRADO).



Photo Musée du Val-de-Grâce.

RÉSERVE DES MÉDICAMENTS, MARSEILLE. — MACHINES A COMPRIMÉS. ATELIERS INSTALLÉS EN 1915-1916.

thérapeutiques pour les « gazés » et en acceptant des dispositifs inventés par des pharmaciens pour aider à mener à bien ces traitements.

* * *

Le service pharmaceutique a rendu, en outre, les plus grands services en cédant des tonnes de produits aux services d'agression et de protection des gaz de France et d'Angleterre ; des médicaments et du matériel technique aux hôpitaux nouvellement installés sur le territoire ; aux armées britanniques, belges, roumaines, serbes, grecques, américaines, russes et aux Croix-Rouges françaises.

Il a cédé à l'agriculture des tonnes de sulfate de cuivre pour les soins à donner aux vignes ; au ministère du ravitaillement, des quantités énormes de permanganate de potasse pour la fabrication de la saccharine en France ; préparé des pharmacies de secours pour les régions françaises dévastées ; satisfait aux besoins énormes de nos armées en Orient, Colonies françaises, Algérie, Tunisie, etc, etc.

* * *

Près de 150 pharmaciens sont morts au feu.

D'autres sont tombés victimes du devoir à leur poste dans les hôpitaux du territoire.

Quatre-vingt croix de la Légion d'honneur, plus de trois cents citations, de nombreuses médailles des épidémies ont été distribuées aux pharmaciens. Chiffres éloquents par eux-mêmes et qui viennent ajouter une preuve nouvelle des glorieux et profondément dévoués services rendus par toute la grande famille professionnelle.

Parmi les pharmaciens, d'héroïques combattants méritent une mention spéciale aux côtés de ceux qui firent leur devoir dans leur profession.

Ceux-là défendaient la France, perdus dans la foule des « poilus » anonymes.

Citons : Brouant, lieutenant d'infanterie, tué au front dans les premiers jours de la guerre ; Camille Richard, d'Argenteuil, capitaine au 276e régiment d'infanterie, grièvement blessé à Souchez ; Robert, de Limoges, lieutenant d'infanterie, tué par un éclat d'obus ; Jouanne, de Rouen, lieutenant d'infanterie, cité plusieurs fois glorieusement, décoré de la Légion d'honneur, blessé grièvement ; le professeur Tassilly, de la Faculté de pharmacie de Paris, commandant d'infanterie, cité et décoré pour sa belle conduite au feu ; Colonna d'Istria, lieutenant d'infanterie, tué au front ; Barbault, capitaine de territoriale, mort à son poste aux armées ; Decramer, de Lille, capitaine d'artillerie, prisonnier en 1914, qui subit en Allemagne une dure captivité ; Desbordes, de Rupt-sur-Moselle, mobilisé volontaire, capitaine d'infanterie territoriale, au front malgré son âge pendant plusieurs mois et fut l'objet d'une magnifique citation ; André Dumont, pharmacien aide-major, qui rendit ses galons pour aller venger la mort de ses deux frères tués à l'ennemi ; le lieutenant Darrasse, glorieusement tombé au champ d'honneur ; Jammes, de Paris, chef d'escadron d'artillerie, cité, décoré de la Légion d'honneur ; Fournier, aide-major, quittant le Service de Santé pour devenir pilote-aviateur et faisant une chute mortelle au moment où il s'envolait vers le front ; Marc Langlais, capitaine d'infanterie, puis commandant, glorieusement cité, décoré de la Légion d'honneur.

Nous ne pouvons tous les citer, ils sont légion ; mais nous rendons hommage à tous les héros connus ou inconnus qui ont glorieusement honoré les pharmaciens de France.

Parmi ceux-là il en est qui furent martyrs aux pays envahis par l'ennemi : Winsbach, pharmacien à Briey, fusillé sous les yeux de sa femme pour avoir aidé le sous-préfet à assurer le service des postes ; Fanyau, pharmacien à Lille, mort victime de la barbarie allemande ; Nillot, de Roubaix, qui installa le télégraphe sans fil pour recueillir les communiqués français, imprima un journal à titres constamment différents destiné à soutenir le moral de ses

malheureux compatriotes, puis fut trahi et fusillé par les Allemands ; Lhomme, pharmacien au Coteau, fusillé par l'ennemi.

Enfin, citons encore Letucq, pharmacien, maire d'Albert qui rendit des services innombrables à sa ville dévastée pendant les bombardements et l'occupation ennemie et fut fait chevalier de la Légion d'honneur.

Que de tombes ! De douleurs ! Que d'héroïsme obscur ou glorieux ! Quel magnifique héritage nous laissent ces artisans d'une France délivrée de ses chaînes.

Inclinons-nous profondément sur ces tombes respectées, ces douleurs sublimes, et sachons retirer de l'émouvant héritage que nous lèguent nos morts et nos martyrs la leçon de patriotisme qu'ils ont écrite avec leur sang sur les ailes de la Victoire.

* * *

La multiplicité des rôles que les événements ont amené les pharmaciens à jouer, a démontré que leur place était indispensable aux armées comme à l'intérieur en temps de guerre.

En toutes circonstances, à l'hôpital comme au régiment, au laboratoire comme dans la tranchée, en liaison étroite avec le combattant ou préparant le médicament sauveur au malade ou au blessé, le pharmacien s'est montré digne d'être compté au nombre des héros qui ont soutenu la Patrie en danger, au moment où se décidait son sort et celui de l'humanité.

A. SARTORY,
Professeur à l'Université de Strasbourg.

P. PELLISSIER,
Docteur en Pharmacie.

CHAPITRE XIII

MUSÉE DU VAL-DE-GRACE

ARCHIVES ET DOCUMENTS DE GUERRE

DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Les " Archives et Documents de guerre ", encore appelés " Musée du Val-de-Grâce ", ont été créés par M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. Dans une circulaire en date du 5 mai 1916, le Ministre faisait connaître, en ces termes, le but de la nouvelle organisation :

« Depuis le début des hostilités le corps médical tout entier a mis au service de la Patrie son intelligence, son activité et son dévouement.

« Il convient qu'il reste une trace matérielle de ses efforts et il importe au plus haut degré que l'expérience acquise au point de vue scientifique et médical constitue pour les études futures un élément d'instruction et de progrès.



GALERIE DU CLOITRE CONDUISANT AU MUSÉE.

« C'est pourquoi j'ai décidé de réunir et de conserver tous les objets et documents qui, à un titre quelconque, touchent à l'organisation et au fonctionnement du Service de Santé, qui intéressent les techniques employées et les résultats obtenus dans les diverses branches de l'art médical pendant la guerre. »

Le médecin inspecteur Jacob, professeur au Val-de-Grâce, fut chargé d'organiser et de diriger les " Archives et Documents de guerre ". Aidé de ses collaborateurs, les médecins-majors Pascal, Perret, Lefort, Latarjet, Henri Martin, H. de Rothschild, Lannou, des officiers d'administration Ciré et Quillet, il se mit immédiatement à l'œuvre et procéda à l'aménagement des locaux mis à sa disposition, à la réunion, à la classification et à l'installation des documents recueillis sur le front et à l'intérieur. Le 2 juillet 1916, deux mois à peine après la création des " Archives et Documents de guerre, " le Sous-Secrétaire d'État, accompagné des représentants des Sociétés savantes de France et d'un nombreux public médical civil et militaire, put procéder à leur inauguration.

Ce fut un succès. L'œuvre créée par M. Justin Godart apparut pour la première fois telle qu'il avait souhaité qu'elle fût : une école riche en enseignements de toutes sortes pour le traitement des blessures et maladies de guerre, un monument précieux témoignant de l'ardeur, du savoir et du patriotisme de tout le personnel médical français.



VUE INTÉRIEURE DU MUSÉE SUR LA COUR BROUSSAIS.

Les " Archives et Documents du Service de Santé " sont installés dans le Val-de-Grâce. Nul cadre, en effet, ne pouvait mieux leur convenir que l'ancien monastère d'Anne d'Autriche, devenu depuis la Révolution la Maison-Mère de la médecine militaire française. Ils occupent là une série de salles situées au rez-de-chaussée et au premier étage. Les salles du rez-de-chaussée, autrefois cuisine et réfectoire du couvent, avaient été aménagées en musée pour l'École d'application du Service de Santé. Elles sont haut voûtées et s'étendent en façade le long de la cour Broussais. Les salles du premier étage forment une longue galerie qui prend jour par de grandes baies vitrées sur le petit jardin à la française qu'entoure le cloître : on y accède par un bel escalier d'honneur.

Des diverses salles qu'occupent les " Archives et Documents de guerre ", les unes, celles du rez-de-chaussée, sont reservées à la bibliothèque, aux archives et aux documents anatomo-cliniques ; les autres, celles du premier étage, sont consacrées aux maquettes du Service de Santé et au Musée historique du Corps de Santé militaire.

Les Archives.

Les deux salles consacrées aux Archives renferment deux fonds bien distincts :

1° *Les Archives historiques* provenant du Conseil de Santé des Armées et remontant jusqu'à 1790. On y trouve des documents précieux pour l'histoire du Service de Santé au cours des guerres de la Révolution, de l'Empire et de la République.

Elles ont été inventoriées par J. Bonnerot, bibliothécaire de l'Université de Paris, qui en a publié un catalogue sommaire dans son ouvrage : *La Bibliothèque Centrale et les Archives du Service de Santé.*

Un certain nombre d'autographes, particulièrement intéressants, ont été distraits de ce fonds, pour être exposés dans la salle des autographes du Musée historique, située au deuxième étage.

2° *Les Archives de la Guerre* 1914-1918. — Cette dernière collection extrêmement importante déjà, et en voie d'extension continuelle, réunit les documents relatifs au fonctionnement du Service de Santé dans la dernière guerre.

On y trouve notamment, les instructions et circulaires émanées de 7e Direction et du Sous-Secrétariat d'État, du Grand-Quartier Général, des Directions des armées et des corps d'armées, des directions des régions du territoire ; les rapports mensuels des chefs des secteurs médicaux et chirurgicaux ou des divers centres de spécialités ; des mémoires techniques originaux, des documents de toutes provenances sur l'organisation et le fonctionnement administratif, chirurgical, médical du Service de Santé au cours de la guerre, aux armées et à l'intérieur.

Ces Archives qui, au point de vue historique et technique, offrent déjà aux chercheurs les ressources les plus précieuses, sont complétées par une importante collection de films cinématographiques et de photographies se rapportant à la pratique médico-chirurgicale de guerre, ou conservant le souvenir des formations sanitaires des armées et de l'intérieur.

Les Documents anatomo-cliniques.

La collection des documents anatomo-cliniques, déjà très riche au moment de l'inauguration, s'est beaucoup accrue depuis. Son importance, au point de vue scientifique, est considérable. Toutes les lésions produites par les engins de guerre, toutes les affections observées aux armées s'y trouvent représentées, soit par les pièces recueillies au



SALLE DES DOCUMENTS ANATOMO-CLINIQUES
RELATIFS AU CRANE ET A LA FACE.

cours des nécropsies, ou provenant d'interventions opératoires, soit par des moulages, des photographies, en noir et en couleurs, en un mot, par tous les documents qui peuvent servir à l'étude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique de la chirurgie et de la médecine de guerre.

Tous ces documents sont disposés dans deux belles salles haut voûtées qu'une galerie circulaire intérieure divise en deux étages.

A. — Salle des Documents anatomo-cliniques, relatifs à la tête.

La première de ces deux salles fait suite à la salle des archives : elle est réservée aux blessures de la tête, ou plus exactement aux blessures du crâne et aux blessures de la face.

Quand on pénètre dans la salle par la porte des Archives, on trouve, disposées dans des vitrines murales, à gauche, les pièces des lésions du crâne, à droite celles des lésions de la face. Au centre de la salle, deux grandes vitrines sont réservées, l'une à la prothèse maxillo-faciale, l'autre à la prothèse cranio-oculaire.

Les blessures du crâne sont représentées par de très nombreuses pièces, pièces sèches pour les lésions squelettiques, pièces conservées dans une solution formolée ou dans du kaiserling pour les lésions cérébrales ou méningées. On y peut voir tous les degrés des lésions depuis les plus simples (contusions du crâne, fissures de la table externe), jusqu'aux plus étendues (perforations avec éclatement du crâne); on y peut suivre l'évolution des blessures évolution aseptique ou, au contraire, évolution septique avec les complications d'abcès, de méningo-encéphalite qui en sont la conséquence. En règle générale, chaque pièce comprend à la fois le squelette cranien, les méninges et le cerveau.

Les blessures de la face sont représentées par de nombreux moulages en plâtre ou en cire et par des photographies montées sur des meubles ou exposées directement en positifs sur verre.

Parmi ces documents, les uns montrent la lésion au moment même de la blessure, d'autres à une période plus ou moins tardive, d'autres, enfin, après réparation autoplastique, ou, quand celle-ci n'estpas réalisable, après prothèse.

Les lésions des mâchoires, si fréquemment observées au cours de la guerre actuelle et si graves, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique, sont, elles aussi, très nombreuses; avec les pièces pathologiques se trouvent les appareils de réduction, de maintien et de prothèse définitive utilisés pour le traitement.

B. — Salle des documents anatomo-cliniques relatifs aux blessures du tronc et des membres.

Cette salle, comme la précédente, nous présente des vitrines murales et, au centre, cinq vitrines disposées en quinconce. Les vitrines murales de gauche contiennent les lésions du tronc (pièces viscérales); celles



SALLE DES DOCUMENTS ANATOMO-CLINIQUES
RELATIFS AUX BLESSURES DU TRONC ET DES MEMBRES.

de droite, les lésions des membres, et en particulier les lésions du squelette (fractures). Parmi les vitrines centrales, quatre renferment les pièces opératoires ; la cinquième, de forme octogonale, est surmontée d'un vase de guerre de la manufacture de Sèvres (tourie en grès flammé de couleur azurée servant à la fabrication des explosifs) ; elle occupe le milieu de la salle et est destinée aux corps étrangers extraits des blessures et présentant un intérêt particulier en raison de leur volume ou de leur nature.

Entrons dans la salle et examinons les vitrines murales en allant de gauche à droite. Nous trouvons successivement : les lésions du rachis et de la moelle, les lésions du cou (larynx, trachée, corps thyroïde, vaisseaux) ; les lésions du thorax (cage thoracique, poumons, cœur, gros vaisseaux) ; les lésions de l'abdomen (foie, rate, pancréas, estomac, intestins, reins) ; les lésions du bassin (ceinture pelvienne, vessie, rectum, organes génitaux).

Nous rencon trons ensuite, tout au fond de la salle, les vitrines réservées à la pathologie ner veuse de guerre. Là, les paralysies et con tractures des membres, avec les attitu des vicieuses qu'elles déterminent, les pa ralysies et contractures du tronc, les troubles trophiques, etc..., sont représen tés par des moulages, des photogra phies, des cires. Tout à côté, se trou vent les appareils créés par l'orthopé die pour remédier aux troubles paraly tiques. Les lésions des membres occu pent les vitrines suivantes : ce sont les pièces de fractures des divers os du membre supérieur et du membre infé rieur montées en pièces sèches. Tous les types y sont représentés, depuis la simple fêlure jusqu'à la fracture mul tiple et jusqu'au broiement complet.



MAQUETTES ET MODÈLES
MONTRANT LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ PENDANT LA GUERRE.
(GALERIE OUEST.)

Les pièces opé ratoires contenues dans les vitrines cen trales ont été recueillies au cours d'in terventions opératoires sur les mem bres (résection, amputation, régularisa tion de moignons), sur les viscères (ré section d'intestins, splénectomie, né phrectomie, castration, etc...), sur les vaisseaux (anévrismes), et les nerfs (résection de névromes sutures ner veuses).

A côté d'elles, une place spéciale a été réservée aux pièces anatomo-pathologiques médicales relatives aux affections observées aux armées (fièvre typhoïde, fièvre paratyphoïde, dysenterie, méningite cérébro-spinale, tuberculose, etc...), aux lésions déterminées par les gaz asphyxiants, enfin aux accidents produits par le froid (pieds gelés).

Dans cette même salle se trouvent encore plusieurs meubles à volets contenant des photographies, des dessins, des aquarelles. L'un de ces meubles est consacré aux lésions dermatologiques observées sur les sujets qui manipulent ou fabriquent des explosifs ; un deuxième, à la chirurgie des nerfs ; deux autres, enfin, à la chirurgie réparatrice des cicatrices, des muscles, des tendons, des os et des articulations.

Du vestibule qui sépare les deux salles réservées aux documents anatomo-cliniques, on monte, par un escalier, aux galeries intérieures où sont exposés les moulages des moignons consécutifs aux opérations mutilantes des membres.

Le même escalier donne accès aux salles du premier étage, occupées par le Musée du Matériel Sanitaire.



MAQUETTES ET MODÈLES
MONTRANT LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ PENDANT LA GUERRE.
(GALERIE SUD.)

Musée du Matériel Sanitaire.

Tandis que les salles du rez-de-chaussée ne peuvent, en principe, être visitées que par les médecins, en raison des documents anatomo-cliniques qu'elles renferment, les salles du premier étage, dont nous allons aborder maintenant la description, peuvent être ouvertes, sans inconvénient, au grand public. Aussi bien présentent-elles pour lui un grand intérêt. C'est là, en effet, que se trouvent rassemblés tous les éléments du fonctionnement du Service de Santé, représentés par des modèles réduits ou par des maquettes, ou encore par des photographies et des peintures de Fargeot, d'Armaingol, de Dola.

En parcourant ces diverses salles, nous apercevons tout d'abord, exposés dans des vitrines ou sur des étagères, les principaux « agents vulnérants » (les balles, les obus, les grenades, les bombes, les armes blanches) qui produisent des blessures dont les lésions sont représentées dans les salles du rez-de-chaussée.

Puis viennent les « moyens de protection » destinés à diminuer la gravité des blessures provoquées par les agents vulnérants. C'est dans cette salle que sont réunis les casques métalliques dont est munie, aujourd'hui, toute l'armée, et l'on peut voir sur quelques-uns d'entre eux combien efficace est la protection qu'ils assurent à nos soldats.

Nous trouvons ensuite la série des tampons, cagoules et masques utilisés comme protection contre les gaz asphyxiants.

Nous arrivons aux " moyens de transport " employés par les brancardiers régimentaires et divisionnaires pour relever les blessés et les conduire, au travers des tranchées et des boyaux, jusqu'au poste de secours ; ce sont les chaises à porteurs, les hamacs, qui permettent aux brancardiers de cheminer dans les boyaux sinueux sans exposer le blessé aux heurts contre les parois ; c'est la brouette porte-brancard réglementaire. Dans cette même salle, réservée aux moyens de transport, figurent les modèles réduits de voitures sanitaires régimentaires et d'ambulances divisionnaires (fourgons, voitures de chirurgie, voitures d'administration).

Un peu plus loin, nous rencontrons les « moyens d'évacuation » : voitures industrielles aménagées pour le transport des blessés, voitures automobiles sanitaires, péniches servant au transport par voie d'eau, wagons de trains sanitaires improvisés.

Puis, successivement, nous trouvons :

1° Les « moyens d'hospitalisation » des blessés dans la zone des armées : baraques et tentes réglementaires, lits et matériel de fortune, baraques improvisées de toutes pièces par des médecins ingénieux, couchettes, voitures automobiles créées par le Service de Santé pendant la guerre (voiture de stomatologie, de radiologie, groupe complémentaire de chirurgie) ;

2° Les " éléments de l'hygiène sur le front " : moyens de stérilisation d'eau (javellisation, filtre improvisé et réglementaire) ; moyens de protection du sol contre les matières fécales (latrines, feuillées de tranchées) ; contre les



L'ESCALIER D'HONNEUR.

ordures (fours incinérateurs); lavage du linge ; bains-douches ; chaussures de tranchées ;

3° Les " moyens de traitement " : bandages et appareils de fractures, appareils de prothèse pour mutilés, appareils de mécanothérapie, appareils de chirurgie, médicaments et objets de pansement, méthode de traitement des plaies par les hypochlorites ou les essences, méthode de vaccination anti-typhoïdique ;

4° Les " moyens d'expertises médico-légales " : photographies, moulages et cires représentant les principaux types de lésions correspondant aux différentes échelles de gravité des pensions et retraites, appareils mensurateurs, etc...

SALLE D'HONNEUR DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

Enfin, après avoir suivi une galerie où se trouvent exposés d'intéressants spécimens du matériel sanitaire ennemi, provenant de prises de guerre, on pénètre dans une dernière salle consacrée à la radiographie.

Là, se trouve réunie une nombreuse collection de plaques radiographiques, de positifs sur verre, d'épreuves sur papier, un beau meuble radioscopique, plusieurs négatoscopes et radiostéréoscopes permettant d'examiner les plaques dans leurs moindres détails, et d'étudier les lésions produites par les projectiles de guerre.

Lettre du Comité de Salut public
au Conseil de Santé des Hôpitaux militaires
(8 octobre 1793)

AUTOGRAPHE DU COMITÉ DE SALUT PUBLIC AU CONSEIL DE SANTÉ.

En parcourant les salles précédentes et en examinant les objets qu'elles contiennent, nous avons fait, en quelque sorte, l'étude analytique du Service de Santé en campagne.

La visite des dernières salles va nous permettre, maintenant, d'en faire l'étude synthétique en nous montrant le Service de Santé en plein fonctionnement. Ces salles, en effet, contiennent de nombreuses photographies, des dessins et peintures de P. Prévot, de Barrère, Fargeot, Lefort etc., des maquettes artistiques de J. Larrivé, représentant les principales scènes du Service de Santé en campagne : évacuation d'un nid de blessés près de Lachy, relèvement des blessés tombés entre les lignes ou dans un abri écroulé, pansement d'un blessé dans la tranchée de combat, transport d'un blessé dans la tranchée, fonctionnement d'un poste de secours sous abri blindé, transport de blessés par les autos sanitaires, évacuation de petits blessés marchant à pied, évacuation par train sanitaire, arrivée d'un train sanitaire à la gare de répartition, scènes d'hôpital.

D'autres maquettes reproduisent, à une échelle réduite, des postes de secours, des ambulances, des hôpitaux d'évacuation et des centres hospitaliers, des hôpitaux de l'intérieur.

LE MARÉCHAL FOCH

Par sa compréhension des besoins d'une guerre sans précédent, le Service de Santé a pu s'adapter à des nécessités nouvelles.

Ses qualités traditionnelles de dévouement et de savoir se sont affirmées une fois de plus, au point de lui constituer les plus beaux titres de gloire.

F. Foch

10.5.20.

30005

Le Musée historique du Service de Santé.

Créé en 1887 par le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, le Musée historique du Service de Santé a été considérablement agrandi au cours de l'année 1917, et incorporé aux " Archives et Documents de guerre ".

Il se compose de trois salles : deux occupent le premier, la troisième est située au deuxième étage. Dans cette dernière salle, sont exposés, encadrés et protégés par des verres, des autographes précieux du XVIIIe siècle, de la Révolution et de l'Empire. Dans une vitrine, sont exposés trois autographes tout récents, mais d'une inestimable valeur : ce sont les belles lettres écrites en 1920 par les maréchaux Joffre, Foch et Pétain, et dans lesquelles les trois chefs suprêmes de l'armée française rendent hommage à la science et au dévouement témoignés par les médecins militaires au cours de la guerre dernière.

Ces documents précieux constituent pour le Corps de Santé Militaire, un des plus beaux témoignages d'estime dont il ait le droit de s'enorgueillir (1).

On voit encore dans cette salle une intéressante suite de gouaches exécutées par Benderly, et reproduisant l'histoire du costume du personnel du Service de Santé Militaire depuis le XVIIIe siècle jusqu'à nos jours. Cette série est complétée par de belles cires de Larrivé, figurant les uniformes des médecins, pharmaciens, brancardiers et infirmières, pendant la grande guerre.

Les deux salles du premier étage contiennent des tableaux intéressants au point de vue de l'histoire du Service de Santé, au cours des guerres du siècle dernier, des portraits des médecins et chirurgiens militaires les plus célèbres, et une collection d'instruments de chirurgie ayant appartenu aux chirurgiens militaires du Premier Empire.

L'une de ces salles, appelée Salle d'honneur de l'École du Val-de-Grâce, contient, en outre, les souvenirs légués par Dominique et Hippolyte Larrey.

O. JACOB.

Le Maréchal de France
Vice-Président
du Conseil Supérieur de la Guerre

Paris, le 16 mai 192.
138, Rue de Grenelle

Le Maréchal PETAIN,
à Monsieur le Médecin-Major de I° classe MONERY,
Médecin-Chef de Service du Musée du Val de Grâce,
PARIS.

Mon cher Camarade

Je suis heureux de rendre hommage au corps de Santé militaire qui a, par son dévouement, facilité le succès de nos armes.

Comme leurs devanciers illustres, les médecins militaires ont bien mérité de la Patrie par leur abnégation, leur héroïsme et leur esprit d'organisation.

Un certain nombre ont fait le sacrifice de leur vie, à leur rang de soldat; d'autres ont fait réaliser à la médecine et à la Chirurgie de guerre des progrès considérables qui resteront. Tous ont droit à la reconnaissance du Pays tout entier.

Pétain

30005

(1) Cette dernière acquisition, qu va être complétée par les autographes des chefs supérieurs du Service de Santé, au cours de la guerre 1914-1918, est due à l'heureuse initiative du médecin-major de 1re classe, A. Monéry qui, depuis le 1er février 1920, est chargé des services du Musée, des Archives et de la Bibliothèque Centrale du Service de Santé.



POSTE DE SECOURS EN ARGONNE (5e Armée)

Tableau de M. LEFORT-MAGNIEZ, Médecin-Major.

(Médaille d'Or du Salon des Artistes français.)



LA MISSION LEVASSEUR

Ce chapitre pourrait être intitulé : " Les Coulisses du Service de Santé ", ou encore : " Le Rôle des officiers d'administration ".

On est, en effet, parfois tenté d'oublier que la transformation, la *modernisation*, de l'organisation sanitaire au cours de la guerre n'a été possible que grâce à une administration rompant résolument en visière avec la routine, les préjugés... et les règlements. La Mission Levasseur vient nous le rappeler fort à propos.

La Mission Levasseur, ainsi désignée du nom de son Directeur, est une sorte d'annexe du Musée du Val-de-Grâce, ou plutôt une section même du Musée, où ont été recueillies les archives de l'Histoire administrative et financière du Service de Santé, et où se découvre, à nos regards un peu surpris parce qu'insuffisamment prévenus, la part considérable qui revient aux officiers d'administration dans l'œuvre de réorganisation à laquelle M. Godart donna une si vigoureuse impulsion.

En compulsant les documents qui sont réunis là, en lisant les rapports produits par les gestionnaires des formations sanitaires de tout le territoire et des armées, en examinant les chiffres et les statistiques fournis par les usines et magasins du Service de Santé, on se rend compte, enfin, que, pour être demeurée presque complètement ignorée du grand public, la besogne accomplie dans les coulisses du Service de Santé n'en a pas moins été formidable.

Le But de la Mission Levasseur.

Le 20 mars 1917, M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé militaire, confiait à M. Levasseur, député de Paris, la mission de « réunir au Musée du Val-de-Grâce tous les documents concernant les méthodes administratives et financières du Service de Santé, et notamment ceux relatifs aux réalisations d'ordre industriel et commercial ».

Dans une circulaire qu'il adressait à la même date aux Directeurs du Service de Santé des Régions, M. Godart précisait dans les termes suivants le but de cette mission :

« Des réformes administratives profondes ont été introduites dans l'organisation du Service de Santé militaire.

« Des réalisations industrielles et commerciales, notamment, ont sensiblement modifié les modalités de son approvisionnement en médicaments, objets de pansement, matériel de toutes sortes et denrées de toutes natures.

« D'autre part, des initiatives, parfois heureuses, et trop souvent ignorées, ont été prises par les officiers d'administration qui, depuis le début de la guerre, n'ont cessé de seconder, de toute leur activité et de tout leur dévouement, le corps médical dans ses efforts vers de meilleures conditions d'hospitalisation.

« Il m'a paru qu'une trace matérielle de ces travaux, toujours intéressants, parfois remarquables, devait être conservée. L'expérience acquise pourra ainsi servir d'élément, d'instruction pour les études futures et constituer une base pour la refonte éventuelle de certaines parties de nos règlements administratifs.

« J'ai donc décidé de réunir et de conserver au Musée des Archives et Documents de la Guerre, à côté des pièces et objets documentaires concernant plus spécialement les services chirurgicaux, médicaux et pharmaceutiques proprement dits, tout ce qui touche l'organisation administrative et financière du Service de Santé.

« M. Arthur Levasseur, député de Paris, a été chargé par moi de rechercher et réunir des documents sous la haute direction de M. le Directeur des Archives et Documents de Guerre. »

Par ses études et ses travaux antérieurs, et notamment par sa participation très active au mouvement coopératif, M. Arthur Levasseur était bien désigné pour diriger une telle entreprise, indiquer la nature des documents à produire et tirer les conclusions sociales qui s'en dégagent. A en juger par l'intérêt de la documentation qu'il a réunie, et le rapport d'ensemble qu'a présenté la Mission Levasseur à M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé à la fin d'octobre 1918, il s'est fort bien acquitté de la tâche délicate qui lui était confiée.

L'Œuvre des Officiers d'administration.

Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention, dans ce bref chapitre, de donner un résumé, si succinct soit-il, des milliers de dossiers réunis à la Mission Levasseur. Nous voudrions, cependant, rendre hommage à l'esprit d'initiative dont firent preuve les officiers d'administration du Service de Santé, au début de la guerre notamment, lorsqu'ils durent s'ingénier à remédier aux lacunes d'une organisation insuffisante et imprévoyante par toutes les ressources que leur suggéraient leur esprit inventif et l'expérience industrielle et commerciale qu'avaient acquise à la plupart d'entre eux leurs professions civiles.

Les « cahiers de mobilisation », ou du moins leurs auteurs le croyaient, avaient bien tout prévu. Mais si souvent à contresens ! Le personnel, qui aurait dû être là, était ailleurs ; les locaux étaient complètement modifiés depuis qu'avait été dressé l'état des lieux ; le matériel minutieusement détaillé, avec l'emploi précis de chaque pied de châlit et de chaque marmite de campement, faisait défaut. Il fallut tout organiser : emprunter à l'habitant des lits, des draps, des couvertures, du matériel de cuisine ; modifier la disposition des locaux réquisitionnés ; en réquisitionner d'autres, improviser le ravitaillement pour lequel aucun magasin n'avait été désigné ; fabriquer à la main les livres de comptabilité et les imprimés qui manquaient; constituer, en un mot, des hôpitaux qui n'existaient — et encore ! — que sur le papier ; assurer à nos blessés évacués en si grand nombre au cours des premiers mois de la guerre, les meilleures conditions de confort. Et cela tout en ménageant les deniers de la nation, tout en procédant avec la plus stricte économie, tout en observant, sinon dans leur esprit, tout au moins dans leur lettre, les prescriptions du règlement !



Photo Henri Manuel.

ARTHUR LEVASSEUR, DÉPUTÉ DE PARIS.

Pendant cette période, l'ingéniosité des officiers d'administration fit merveille.

Depuis, malheureusement, petit à petit, tout fut si bien réglé, prévu, défini, par les organismes centraux que les officiers d'administration n'eurent plus guère l'occasion de donner toute leur mesure.

Il n'en est pas moins vrai que la plupart des grandes réalisations industrielles et commerciales réalisées au cours de la guerre par le Service de Santé, lui ont été suggérées par les initiatives particulières de quelques officiers d'administration qui avaient déjà mis en œuvre, chacun dans sa modeste sphère, des méthodes administratives nouvelles qui, pour être en marge du règlement, n'en donnaient pas moins des résultats très appréciables.

Les mesures tendant à éviter le gaspillage, en ce qui concerne le pain, par exemple, ou bien la culture des jardins potagers et des terrains incultes ; ou encore l'élevage des animaux domestiques, des porcs notamment, engraissés avec les eaux grasses et déchets abandonnés jusque-là à un prix dérisoire à des adjudicataires sans scrupules, etc., etc... ne voilà-t-il pas autant de réformes qui ont été, en bien des cas, réalisées avant que les circulaires ministérielles ne les aient prescrites ?

Et c'est ainsi que la documentation réunie à la Mission Levasseur permet de rendre aux officiers d'administration un peu de la justice qui leur est due...

Les Usines-Fabriques et Magasins du Service de Santé.

Ce sera, à côté de bien d'autres, un des meilleurs titres de M. Godart à la reconnaissance publique que de n'avoir pas hésité à rompre avec les anciens errements administratifs et à modifier profondément les méthodes d'approvisionnement du Service de Santé en matériel, produits pharmaceutiques, objets de pansement, denrées de consommation, etc., etc...

Les renseignements que nous trouvons à ce sujet dans les archives de la Mission Levasseur sont tout à fait suggestifs.

Les magasins généraux du Service de Santé sont devenus de grandes usines modernes, occupant des milliers

d'ouvriers et d'ouvrières, fabriquant et réparant le matériel de couchage, de chauffage, les draps, la lingerie, les vêtements dont ont besoin les formations sanitaires, et faisant ainsi réaliser à l'État des dizaines de millions d'économies.

Les produits pharmaceutiques sont, pour une bonne partie, fabriqués par le Service de Santé lui-même qui évite ainsi les intermédiaires onéreux.

Les centres d'appareillage se sont adjoint des ateliers où l'on fabrique, dans de meilleures conditions et à meilleur compte que dans l'industrie privée, les appareils de prothèse dont ont besoin les mutilés de la guerre. Une jambe américaine, par exemple, que le commerce vend 320 francs au Service de Santé et 5 ou 600 francs aux mutilés, revient à 220 francs au centre d'appareillage ; une chaussure orthopédique à 40 francs au lieu de 80 : un bras de travail avec accessoires et avant-bras de parade à 170 francs au lieu de 250; un pilon modèle-type avec jambe de parade à 217 francs au lieu de 320, etc., etc. Et ne croyez pas que ces chiffres soient le moins du monde «truqués» ; à la Mission Levasseur, ils ont été scrupuleusement établis, en tenant compte non seulement des dépenses directes effectuées par le Centre d'appareillage, mais aussi de l'amortissement du matériel, de la solde des médecins, de l'entretien (nourriture, habillement, etc.), des ouvriers mobilisés là et même des allocations versées à leurs familles ; les frais généraux ont été, en un mot, déterminés avec autant de soin que pour le bilan d'une entreprise commerciale.

Pour assurer son ravitaillement, le Service de Santé avait même créé des entrepôts de vins et des magasins d'approvisionnement en denrées de consommation, si bien organisés et qui avaient rendu de tels services que, en septembre 1918, le Ravitaillement obtint de se les annexer pour assurer l'alimentation de toute la population civile et militaire. C'est le plus éclatant hommage qui pouvait être rendu à la bonne administration du Service de Santé et à ses initiatives si profitables au Trésor.

On trouvera, nous le répétons, à la Mission Levasseur, toute une documentation des plus intéressantes sur ces réalisations industrielles et commerciales, documentation que consulteront avec fruit non seulement ceux que préoccupent l'histoire et l'avenir du Service de Santé, mais aussi tous ceux qui, soucieux des intérêts de la nation, voudront étudier d'après des renseignements certains, basés sur des chiffres précis, ce que peut faire l'État comme industriel et commerçant, et les profits qu'il peut réaliser en se servant lui-même.

Vers un règlement nouveau.

Ces « réalisations industrielles et commerciales » du Service de Santé ont paru si intéressantes à la Mission Levasseur que dans son rapport d'octobre 1918 au Sous-Secrétaire d'État, elle conclut à ce qu'on les considère non pas comme des « créations de guerre », des « expériences », mais comme des « faits acquis », et que le Service de Santé les conserve précieusement après la guerre pour son approvisionnement, et aussi, si c'est possible, pour le ravitaillement de la population civile.

La Mission Levasseur estime notamment que l'État agirait sagement en utilisant les usines et les fabriques du Service de Santé pour fabriquer le matériel, la lingerie et les vêtements qui pendant longtemps encore feront défaut aux populations des régions libérées. Elle estime également que si le Service de Santé ne maintenait pas ses ateliers de fabrication des appareils de prothèse, qui ont tant contribué à stimuler l'émulation de l'industrie privée, cet abandon se traduirait par une augmentation des tarifs préjudiciable à l'État et aux mutilés.

La Mission Levasseur, en un mot, conclut au développement et en même temps à l'industrialisation plus intensive — avec des procédés financiers moins routiniers, et la substitution à la main-d'œuvre militaire de la main-d'œuvre civile plus productive et moins onéreuse — des « réalisations industrielles et commerciales » inaugurées par le Service de Santé militaire.

Cela suppose, évidemment, une refonte complète du règlement intérieur du Service de Santé qui n'est plus du tout en harmonie avec ces méthodes nouvelles. Pour ce, la documentation réunie à la Mission Levasseur fournira tous les éléments nécessaires d'appréciation à la Commission qui sera chargée de préparer cette révision du règlement et qui comprendra, nous l'espérons, quelques-uns des officiers de complément dont le concours et la compétence ont été si utiles au Service de Santé pour sa réorganisation pendant la guerre.

Mais y aura-t-il encore, en temps de paix, un Service de Santé *militaire* ?

En tout cas, la Mission confiée à M. Levasseur — et il convient d'en savoir gré à M. Godart — aura permis que, dans l'œuvre formidable de réorganisation du Service de Santé accomplie pendant la guerre, la part du mérite qui revient aux officiers d'administration n'ait pas été totalement oubliée.

JEAN-LORRIS.

CHAPITRE XIV

LA MÉDECINE LÉGALE AUX ARMÉES

On peut dire qu'en temps de paix le médecin militaire est plus médecin légiste que médecin traitant. Qu'il s'agisse du conseil de révision, des réformes, des pensions, voire même de l'exemption de service qui est le plus clair de la thérapeutique à la caserne, l'observation clinique est constamment mise au service de la loi ou des règlements. Dans le temps de guerre, l'hygiène et la chirurgie occupent sans doute le premier plan, mais les applications de la médecine à la situation légale des hommes prennent aussi une importance considérable.

A l'intérieur, des Commissions décidaient de l'admission des recrues, conscrits ou engagés volontaires dans le cadre actif et fixaient le choix de l'arme. D'autres affectaient au service auxiliaire les sujets moins robustes ou les blessés imparfaitement guéris. On triait les inaptes aux armes combattantes, les inaptes à la zone des armées. Ailleurs, il fallait fixer les droits aux pensions, choisir le type de réforme, mesurer le taux de l'incapacité. Dans les périodes difficiles, pendant la résistance au grand assaut de 1918, pendant l'offensive finale, où la victoire contre un ennemi qui fondait, restait malgré tout une question d'effectifs, les Commissions de récupération parcouraient l'arrière et l'intérieur, recherchant les hommes capables de porter ou de reprendre les armes, comprimant les listes d'inaptes, activant les sorties de l'hôpital. Le Service de Santé a joué là un rôle fort dur, très nécessaire et qui a été une des conditions du succès, car il ne faut jamais oublier que tous les services usent les effectifs, alors que seul le Service de Santé en fournit.

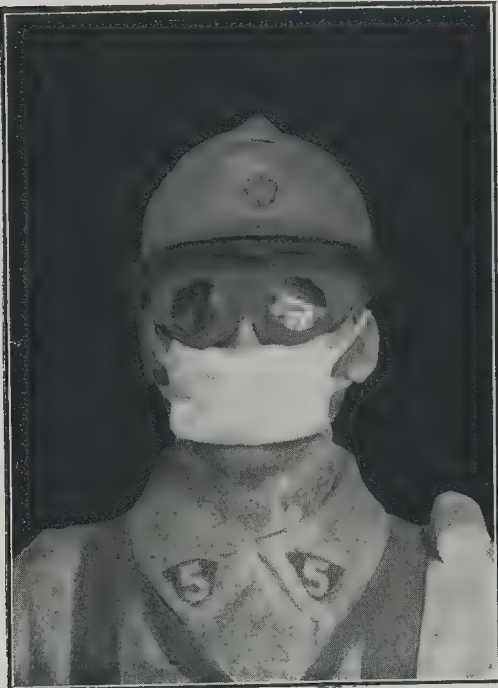
Le travail des Commissions médico-légales a été intense et continu. Grâce à elles, la liquidation de la guerre n'est pas restée toute entière au temps de paix : pensions et réformes n'ont jamais été laissées en suspens, quelle que fut ailleurs la besogne. Et l'on peut dire que ce travail a été accompli dans des conditions admirables de loyauté et de compétence. Le blessé, visité et contrevisité, était examiné d'abord par une Commission de réforme ; puis le dossier était étudié par une Commission supérieure unique, siègeant à Paris, qui avait la charge de régulariser la jurisprudence et d'appliquer une mesure légale à tous les cas égaux, en même temps qu'elle s'assurait que toutes les conditions de forme avaient été remplies dans la constitution du dossier. Enfin, à des dates périodiques, le réformé venait se présenter devant de nouveaux médecins qui constataient la modification du taux de son incapacité, et, suivant les cas, relevaient ou réduisaient sa pension. De la sorte, l'évolution du mal ne lésait ni l'intéressé, ni l'État.

Tel fut le travail médico-légal du Service de Santé à l'intérieur. Il fut analogue, mais sur une échelle immense, à ce qu'est la médecine légale dans les affaires civiles, accidents du travail ou assurances. Aux armées, il fut d'une toute autre nature. Mais il importe ici de dissiper une équivoque.

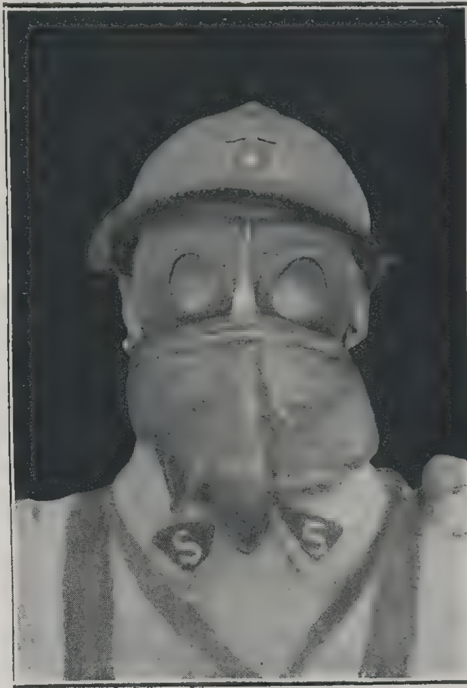
Lorsque les Allemands, en 1915, commencèrent à user des gaz asphyxiants, commettant ainsi un véritable crime, et parce que ce moyen barbare est interdit par les conventions qu'ils ont signées à La Haye, et parce qu'ils en ont trop souvent usé contre les populations civiles, notamment à Reims et à Soissons, il fallut mettre à l'étude et les moyens de riposter et les moyens de parer le coup. Des Commissions spéciales furent chargées du premier point, le Service de Santé avait la charge du second. Mais pour traiter les intoxiqués, il fallait d'abord connaître précisément les causes du mal. De là l'institution des Centres où l'on étudia les gazés des ambulances, et où l'on pratiqua l'autopsie des morts. Cette idée d'autopsie s'associa d'elle-même à l'idée d'expertise médico-légale, et les nouveaux services furent baptisés centres médico-légaux.

Nul doute que l'expression ne soit impropre : centres toxicologiques eut mieux convenu. Cependant on peut la défendre en disant que ce sont bien des victimes d'un acte criminel que des spécialistes avaient à examiner. Et d'ailleurs, par une attraction naturelle, ce fut à des médecins légistes, dont quelques uns sont parmi les plus connus et les plus distingués de France, que l'on s'adressa pour l'organisation de ces services.

Dès qu'une vague de gaz était signalée, les médecins du Centre, avertis par téléphone, se rendaient sur les



COMPRESSE HYPOSULFITÉE DU DÉBUT (1915).



MASQUE T. N. (JANVIER 1916).

Photos Musée du Val-de-Grâce.



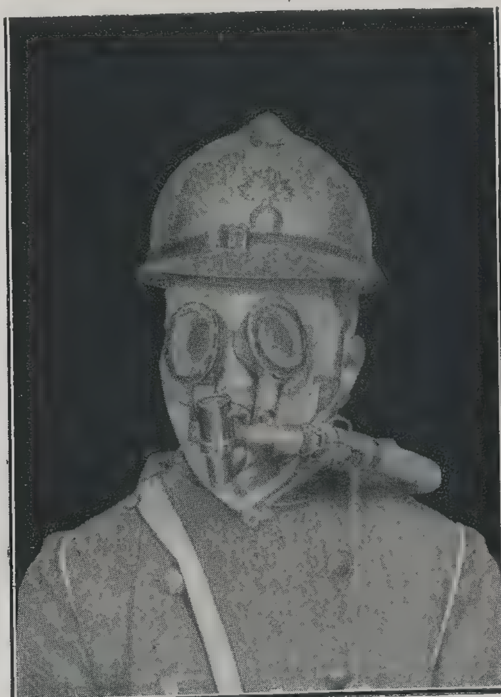
MASQUE M² (MARS 1917).

lieux. Ils pouvaient ainsi constater par eux-mêmes, bien souvent, les faits et les accidents survenus. Ils interrogeaient, en tous cas, sur place, les témoins directs, examinaient les malades, autopsiaient les victimes.

Ainsi, et non sans péril, ont-ils rédigé le journal de cette guerre spécialement affreuse : ils ont connu les variations de la méthode, et rendu possible l'adaptation continue des remèdes. Par une extension naturelle, ils ont été chargés de la préparation des troupes aux précautions nécessaires. Dans chaque corps d'armée, ou dans chaque division, ils réunissaient de temps à autre, les médecins régimentaires et les officiers de combattants et dans une conférence illustrée de plans, de cartes et de schémas, ils les tenaient au courant des diverses émissions tentées par l'ennemi sur les autres armées, des résultats obtenus, des moyens défensifs essayés et de l'efficacité de cette défense. Ces conférences se terminaient par des conversations où les officiers apportaient leurs indications ou leurs vues personnelles et demandaient des renseignements complémentaires. Dans chaque unité, et jusqu'aux lignes, les médecins des Centres s'assuraient, par eux-mêmes, que les hommes savaient adapter exactement leurs masques : ils leur répétaient les conseils nécessaires : ne jamais courir, ne pas fuir devant la vague, ne pas s'entasser dans les abris, s'assurer de l'étanchéité de son masque; plus tard, au moment des dernières inventions germaniques, changer de vêtements et se laver sitôt après le passage du gaz brûlant. Ils vérifiaient la préparation des moyens de défense :

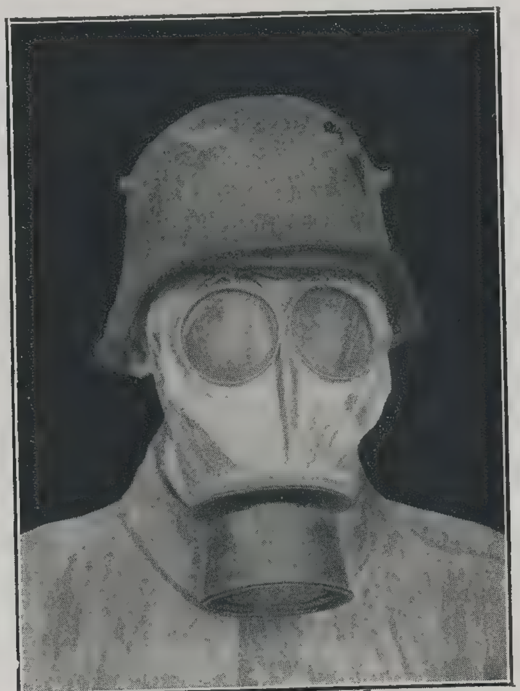


TYPE DE CAGOULE (1916).



APPAREIL RESPIRATOIRE TISSOT.

Photos Musée du Val-de-Grâce



MASQUE ALLEMAND.

le clakson d'alarme, les feux du début, les appareils Vermorel pour neutraliser le gaz à l'entrée des abris. Ils collaborèrent aux observations des cliniciens chargés des services d'intoxiqués. Ainsi cet abominable fléau, qui est resté le plus cruel souvenir des plus braves, a, grâce au dévouement des médecins légistes, été combattu sans cesse et avec un succès croissant.

Jusqu'ici les Centres spéciaux n'ont donc joué qu'un rôle tout à fait limité, quoique d'une importance capitale : ils n'ont été que des Centres de toxicologie. Mais n'y avait-il pas place aux armées pour la médecine légale proprement dite, c'est-à-dire pour les recherches criminelles ? Il faut le dire, non sans fierté, les crimes militaires, la désertion, l'abandon de poste, furent rares à toute époque dans l'armée française. Aux heures les plus cruelles, dans des conditions atroces auxquelles on ne pense plus assez aujourd'hui, les hommes, travaillés par la torture du froid, soumis aux plus effroyables bombardements, empoisonnés par les gaz toxiques, rompus de fatigue, privés de sommeil, ont tenu au delà de ce qu'on pouvait attendre des forces morales et de la résistance physique. Et si, exceptionnellement, les nerfs surmenés conduisaient à une minute de dépression, à un geste coupable, ne fallait-il pas donner toute garantie à ceux que menaçaient les peines les plus immédiates et les plus définitives. Il est une faute militaire, grave entres toutes, où le médecin expert est seul juge. C'est la mutilation volontaire. Pour ce crime, une seule peine, la mort. Et au front, nul délai. Pas d'instruction, rien des longues procédures où temporise le juge civil : l'accusation, si elle est précise, comporte le jugement immédiat et la sanction sans délai. La mort, chose si courante ici, que chacun l'attend à toute heure, est le châtiment aussitôt appliqué.



PIED BOT D'ORIGINE PHYSICO-NÉVROSIQUE.



ABASIE TRÉPIDANTE.

Mais reconnaître une mutilation volontaire, est-ce chose si facile ? Les doigts coupés à la main gauche, est-ce une preuve assurée ? Et ne sait-on pas que les Arabes ont accoutumé, à grand tort, d'ailleurs, d'appuyer la main gauche au créneau pendant qu'ils visent, au risque de se faire hacher les phalanges. Le tatouage de la plaie par les grains de poudre, est-ce un argument sans réplique ? Non, car le combat a eu lieu à courte distance. Aussi pouvait-on craindre que des combattants héroïques, victimes de leurs imprudences, fussent pris pour des lâches et condamnés comme tels. Mais seule une préparation longuement spécialisée donne la compétence et l'orientation d'esprit nécessaires pour peser et juger sainement d'aussi redoutables problèmes. M. Justin Godart, décida que désormais, seuls, les médecins des Centres médico-légaux auraient qualité pour rapporter devant les cours martiales, et qu'on ne jugerait plus nul cas de blessure prétendue simulée ou provoquée, sans avoir pris un avis. Ainsi, les Centres connurent, enfin, des besognes vraiment médico-légales.



MONOPLÉGIQUE POST-TYPHIQUE.

Photos Musée du Val-de-Grâce.
Cires et plâtres
des sculpteurs Sudre et Leriche.

Il y eut, dès 1917, un Centre par armée. Le chef de Centre était assisté de deux aides. Si le chef était surtout un toxicologue spécialisé dans l'étude des gaz, un des aides devait être un médecin légiste, inscrit en temps de paix, parmi les experts d'une grande ville. Et inversement. En outre, dans une ambulance voisine du centre, un certain nombre de lits étaient réservés aux blessés ou malades suspects de lésions volontaires ou simulées. L'expert pouvait ainsi les suivre pendant le temps nécessaire, tandis que le médecin traitant lui donnait ses soins. Enfin les Centres étaient munis d'un matériel de laboratoire permettant les recherches chimiques ou biologiques les plus pressées.

Le souci de l'utilisation des compétences, fit que l'on dispensa les experts des



TYPE DE PLICATURÉ.

Centres médico-légaux de la charge d'examiner les malades suspects appartenant à la catégorie des nerveux. C'est dans les centres de neurologie ou de psychiatrie que l'on expertisa les curieuses lésions que la guerre a fait connaître, et qui rentrent dans le cadre du pithiatisme. A la suite des grandes explosions : mines, torpilles aériennes, éboulements de tranchées, obus de très gros calibres, certains prédisposés offraient des désordres étranges : surdimutité, plicature, tremblements, paralysie. Ceux d'entre eux qu'on évacuait à l'intérieur ne guérissaient pas : les villes du Midi étaient pleines de loques humaines, lamentables, que rien ne parvenait à améliorer. Ailleurs, des médications énergiques en vinrent à bout : on sait le miracle du torpillage de *Clovis Vincent*. Mais ceux que l'on traitait sur place, aux armées, guérissaient à merveille par les plus simples moyens. Il fallait voir, à Doullens, Centre d'évacuation de l'armée d'Artois, les sourds-muets parlant sous la douche froide, les paralytiques courant devant la poignée de l'appareil électrique. Dans quelle mesure de telles victimes sont-elles des malades volontaires. À quelles doses se marient le mal, la simulation, la névrose ? C'est à cette discrimination délicate, que les experts neurologistes furent employés. Des bataillons entiers furent rendus au commandement que des thérapeutes malhabiles eussent traités en incurables, que des experts ignorants eussent envoyés au poteau d'exécution.

Le plus grand éloge que l'on puisse faire de cette nation en armes, c'est qu'elle ait donné si peu à faire aux médecins légistes.

Dr Edmond LOCARD,

Directeur du Laboratoire de police technique de Lyon.

CHAPITRE XV

STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'ARMÉE

Dix ans après la guerre de Crimée, le médecin principal Chenu, qui a laissé un grand nom dans la chirurgie militaire, a publié une statistique médico-chirurgicale de cette guerre (1), statistique qui a fait époque dans l'histoire de la science : la chirurgie conservatrice qui a désormais triomphé, a puisé ses meilleurs arguments dans l'œuvre de Chenu.

Après la guerre d'Italie, Chenu se hâta d'en entreprendre la statistique. Il lui fallut également dix ans pour la rédiger et la publier. Elle forme trois volumes (2) in-folio, l'un de 774 pages, l'autre de 974 pages, plus un album) qui ont obtenu le même succès que la statistique de la guerre de Crimée.

Après la guerre de 1870-71, une statistique aussi complète ne fut pas possible. Chenu limita ses recherches aux ambulances et hôpitaux de la Croix Rouge, et les publia dans un volume, excellent sans doute, mais moins complet que les précédents.

L'œuvre de Chenu eut, en son temps, un grand retentissement. En souvenir du service rendu, on éleva à son auteur un buste dans le péristyle du Val-de-Grâce. Ses statistiques marquent l'état de la chirurgie de guerre en 1854-1856 et en 1859-1860.

Il a paru nécessaire de continuer son œuvre, en l'améliorant si possible, pour la guerre de 1914-1918, la plus effroyable que la terre ait vue depuis l'origine de l'histoire.

On demande quelquefois à quoi sert la statistique. N'est-elle qu'une page d'histoire ? Ce serait déjà beaucoup. Mais elle a des utilités plus pratiques, qu'il nous suffira d'indiquer brièvement. La statistique montre par exemple, combien les infections diverses (gangrène gazeuse, pyohémie, phlegmon diffus, tétanos, etc.), ont été plus fréquentes parmi nos blessés de guerre qu'elles ne le sont, à notre époque, dans les hôpitaux civils. « Nous retournons à la chirurgie de Dupuytren », disait devant nous un des maîtres de la chirurgie moderne, qui constatait avec tristesse, combien il était impuissant à protéger ses blessés contre les grandes infections (la statistique de Chenu laisse voir que c'était encore bien pis en Crimée et même en Italie). La statistique ne se borne pas à constater et à préciser le mal ; elle indique aussi dans quelle proportion les mesures prises sont efficaces pour le combattre ; elle montre, par exemple, que l'intervalle écoulé entre la blessure et le premier pansement médical a une influence considérable sur la fréquence des infections et sur l'issue finale du traitement. Elle montre aussi que, grâce au dévouement sans borne des médecins, le premier pansement médical a très généralement été très précoce. Dans plus des trois quarts des cas, il s'est écoulé moins de trois heures entre la blessure et le pansement fait par le médecin, autrement dit, il a été exécuté en pleine bataille ; il est tout à fait exceptionnel (4 %) que le blessé ait attendu plus de douze heures les premiers soins du médecin. Cela est à l'honneur des chirurgiens d'armée, qui, bien souvent, ont payé de leur vie ce beau courage. Il n'a pas été inutile.

On voit, en effet, par le diagramme publié ci-après (page 307) que, sur 1.000 blessés atteints d'une lésion grave des os, et pansés par un médecin dans les trois heures qui suivent la blessure, il n'y a que 43 décès. Il y a *trois* fois plus de décès (132) si le premier pansement médical n'a eu lieu que le troisième jour. Les durées intermédiaires donnent des chiffres intermédiaires.

Nous ne considérons, dans ce grand diagramme, que les blessés atteints de blessures osseuses graves.

(1) *Rapport au Conseil de Santé des Armées sur les résultats du Service médico-chirurgical* aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français en Turquie, par J.-C. Chenu, médecin principal, bibliothécaire à l'École de médecine militaire, officier de la Légion d'honneur, etc. Un volume in-folio, 732 pages, (Paris, librairie Victor Masson 1865.)

(2) *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie en* 1859 *et* 1860 ; service des ambulances et des hôpitaux militaires et civils, par le D[r] J.-C. Chenu, médecin principal en retraite. Deux volumes in-folio, plus un album. (Paris, librairie militaire de Dumaine, 1869.)

On voit, en haut et à gauche, un diagramme construit à la même échelle, mais concernant des blessés atteints seulement à la peau et au muscles. Ce diagramme est beaucoup plus petit que le précédent, car les blessés aux muscles, ont une mortalité, comme on devait l'attendre, incomparablement plus faible que celle des blessés aux os ; et cependant, même pour ces blessures bénignes, l'influence de la rapidité du premier pansement médical est considérable, puisque ceux qui ont été pansés dans les trois premières heures n'ont eu qu'une mortalité de 5 décès sur 1.000 blessés, tandis que chez ceux qui n'ont été pansés qu'au cours du second jour, la mortalité (8) est plus forte de moitié.

Notons encore ceci : tout chirurgien qui inaugure une méthode nouvelle, a une tendance bien naturelle à croire que sa méthode a abaissé la mortalité de ses blessés, et qu'en un mot, il réussit bien mieux que l'ensemble de ses collègues. Pour vérifier si cette satisfaction est justifiée, il lui faut donc savoir dans quelles proportions moyennes les blessés guérissent dans l'ensemble des hôpitaux. C'est ce que la statistique lui enseigne avec d'autant plus de précision qu'elle est plus détaillée. Hélas ! il arrivera souvent qu'elle détruira brutalement des illusions flatteuses ! Mais il arrivera aussi qu'elle montrera l'excellence réelle de tel ou tel progrès.

La statistique médico-chirurgicale, peut rendre encore beaucoup d'autres services d'ordre pratique.

C'est pourquoi, dès octobre 1914, le Dr Jacques Bertillon fut chargé d'examiner dans quelles conditions pouvait être organisée la statistique projetée. Après avoir étudié le problème dans différents hôpitaux, il présenta des conclusions, appuyées par un rapport fortement documenté, en novembre 1914. C'était l'époque où le siège du gouvernement était transporté à Bordeaux ; il n'en revint qu'en janvier 1915 ; bref ce fut seulement en mars 1915 que fut prise la décision finale par M. Millerand, Ministre de la Guerre.

Voici, dans ses gros traits, quelle fut l'organisation du nouveau service : Tout militaire qui quitte un hôpital pour une raison quelconque (guérison, décès, convalescence, évacuation sur un autre hôpital, etc.) est représenté par un bulletin individuel dont nous reproduisons le modèle. On y pose, sur sa blessure, huit questions qui suffisent à la caractériser :

1° Agent vulnérant (balle, shrapnell, obus, etc.) ;

2° Région blessée (parois du crâne, encéphale, œil ou yeux, cavité buccale, etc.) ;

3° Tissus lésés (peau et muscles seulement, diverses lésions plus graves des parties molles, os, etc.) ;

4° et 5° Infections et complications survenues ;

6° Interventions chirurgicales ;

7° et 8° Conséquences et terminaison (guérison, perte d'organes, réforme, décès, etc.).

Pour simplifier les écritures (et pour faciliter le dépouillement), on a imprimé d'avance les réponses les plus usuelles. Il suffit donc de tracer huit croix (une par question), pour remplir le bulletin et pour donner des renseignements suffisants sur la blessure, son évolution et ses suites.

Ces bulletins sont envoyés à intervalles réguliers (chaque mois) au service de statistique, à Paris.

Le plus souvent, le même blessé est hospitalisé successivement dans plusieurs hôpitaux (quelquefois même dans plus de 20 hôpitaux successifs). Chaque fois, il est

Hôpital : ______ **N° du Registre d'ENTRÉE :** Écrire ce numéro très gros et très lisible

Nom et prénoms : ______ Age : ______ ans

Grade : ______ e Rég. Arme : ______ Nationalité : ______

De quel établissement militaire *venait-il* lorsqu'il est **entré** à l'hôpital ? ______

Vers quel établissement militaire a-t-il été *dirigé* lorsqu'il est **sorti** de l'hôpital ? ______

Date de l'*entrée* à l'hôpital ______ 191 Date de la *sortie* de l'hôpital ______ 191 Nombre de *journées* de séjour. ______

1° MALADES (blessés exclus)

Date à laquelle le militaire a été reconnu malade ______ 191

Diagnostic détaillé : ______

Complications survenues. ______

Y a-t-il eu injection antityphoïdique ? ______

En quelle date : 191

Terminaison : *Guéri* — Convalescent — Réformé — En cours de traitement — *Décédé*

2° BLESSÉS

Lieu et date de la blessure : ______ 191 Intervalle (en heures) entre la blessure et le premier pansement médical. ______

Diagnostic détaillé : ______

1re Question — **Agent vulnérant**
- par accident : 1 Chute accidentelle ; 2 Écrasement (lequel) ; 3 Froidure ; 4 Autre (lequel)
- par arme de guerre : 1 Balle ; 2 Shrapnell ; 3 Obus ; 4 Arme blanche (laquelle) ; 5 Autre (lequel)

2e Question — **Région blessée** (S'il y a plusieurs blessures graves désigner *la plus grave* par *deux croix* les autres blessures graves par *une* croix et ne pas mentionner les blessures les plus légères)
- Tête : 1 Parois du crâne ; 2 Encéphale ; 3 Œil ou yeux ; 4 Nez, fosses nasales ; 5 Cavité buccale ; 6 Autre région (laquelle)
- 7 Cou (rachis exclus)
- Rachis : 8 Tissu osseux ; 9 Moelle épinière
- Thorax : 10 Appareil pulmonaire ; 11 Autre plaie (laquelle)
- Abdomen : Plaie pénétrante intéressant : 12 Foie ; 13 Tube digestif ; 14 Vessie ; 15 Autre organe (lequel) — 16 Autre plaie (laquelle)
- 17 Organes génitaux
- 18 Bras (ou épaule)
- 19 Avant-bras (ou coude)
- 20 Main (ou poignet)
- 21 Cuisse (ou fesse)
- 22 Jambe (ou genou)
- 23 Pied

3e Question — **Tissus lésés** : 1 La peau et les muscles *seulement* ; 2 Un gros vaisseau (lequel) ; 3 Un nerf important (lequel) ; 4 Une glande importante (laquelle) ; 5 Un tendon (lequel) ; 6 Un ou plusieurs *os* (lesquels) ; 7 *Autre* tissu (lequel)

4e Question — **Infections** : 1 *Aucune* infection *grave* ; 2 Gangrène gazeuse ; 3 Infection purulente, pyohémie ; 4 Phlegmon diffus ; 5 Tétanos ; 6 *Autre* infection *grave* (laquelle)

5e Question — **Complications** (Ne mentionner que les complications graves) : 1 *Aucune* complication *grave* ; 2 Hémorragie secondaire ; 3 Abcès, collection purulente ou hématique ; 4 Escarre ; 5 Complications pulmonaires ; 6 *Autre* complication *grave* (laquelle)

6e Question — **Interventions chirurgicales** : 1 Pansements *seulement* ; 2 Incisions, débridements ; 3 Extraction de projectiles ; 4 Extraction d'esquilles ; 5 Amputation (laquelle) ; 6 Désarticulation (laquelle) ; 7 Résection (laquelle) ; 8 *Autre* opération (laquelle)

7e Question — **Conséquences anatomiques et fonctionnelles** : 1 *Aucune* conséquence grave ; 2 Perte d'un œil ; 3 Perte des deux yeux ; 4 Perte d'un membre (lequel) ; 5 *Autre* infirmité (laquelle)

8e Question — **Terminaison** : 1 *Guéri* ; 2 Convalescent ; 3 Réformé ; 4 En cours de traitement ; 5 *Décédé*

Bulletin rempli le ______ 1915, par le soussigné :

TEXTE DU BULLETIN-STATISTIQUE INDIVIDUEL, REMPLI DANS LES HOPITAUX POUR LA STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'ARMÉE.

représenté par un bulletin statistique. Naturellement, il faut pourtant qu'il ne soit compté qu'une seule fois dans la statistique. Pour cela, il faut réunir en un seul dossier *tous* les bulletins qui le concernent.

On y parvient par le moyen suivant :

A chaque hôpital de France (il y en avait près de 6.000 en 1915), une place spéciale, désignée par une étiquette, est réservée dans nos casiers. Les bulletins y sont classés par ordre chronologique de sortie de l'hôpital.

On retire de chaque paquet les bulletins qui indiquent que la maladie est terminée (guérison, convalescence, décès, etc.). On regarde en haut du bulletin (ligne 4) « de quel établissement militaire il venait lorsqu'il est entré à l'hôpital ». S'il est dit qu'il venait de son corps, ou de son dépôt, ou d'une ambulance du front, il n'y a pas lieu à recherche ultérieure ; le bulletin est complet, puisqu'il contient le commencement et la fin du traitement.

Mais, le plus souvent, on voit à cette ligne que le militaire venait d'un autre hôpital.

Par exemple, un militaire sorti guéri le 1er décembre d'un hôpital de Marseille, y avait été envoyé le 15 octobre par un hôpital de Lyon. On se transporte donc à l'emplacement réservé à cet hôpital lyonnais, et on y trouve, sans difficulté, le bulletin qui a été consacré à ce militaire quand il en est sorti, car ces bulletins, nous l'avons dit, sont classés par ordre chronologique. Puisqu'il était entré le 15 octobre à Marseille, c'est qu'il était sorti de Lyon le 14, ou peut-être le 13 octobre. On trouve donc ce bulletin de Lyon, et on y voit que le militaire y était entré le 1er septembre, venait de Châlons. On fait pour Châlons ce qu'on avait fait pour Lyon, et on y voit qu'il venait du front lorsqu'il y est entré. Voilà donc le dossier complet puisqu'on a tous les bulletins qui concernent cette blessure depuis le début jusqu'à la fin.

FAC-SIMILÉ DES CARTES PERFORÉES OU LES DONNÉES D'UN BULLETIN STATISTIQUE SONT REPRÉSENTÉES PAR DES TROUS.

On compare ensuite ces différents bulletins entre eux ; on regarde s'ils concordent (ce qui est le cas presque toujours), et on reporte sur le bulletin principal les incidents notés sur les autres ; par exemple, on inscrira sur le bulletin de Châlons, qu'à Lyon, il a fallu couper la jambe blessée ; qu'à Marseille, il est survenu une hémorragie secondaire, etc., de façon à avoir sur un même bulletin toute l'histoire de la maladie.

Remarquons combien cette méthode nous donne de garanties d'exactitude. Si l'un des bulletins est fait avec négligence, cela nous est presque indifférent, car les autres bulletins permettent de suppléer aux lacunes du bulletin mal fait.

En général, les bulletins sont beaucoup mieux remplis qu'on n'avait osé l'espérer lorsque fut institué le service. Ici se présente une remarque assez curieuse. Plus le signataire du bulletin est haut placé dans la hiérarchie médicale, plus il est fréquent que, visiblement, il ne l'ait pas rédigé lui-même, et qu'il l'ait signé peut-être sans le lire, regardant comme fort au-dessous de lui de faire des croix sur un bulletin statistique. De là vient que les bulletins les plus imparfaits se rencontrent dans quelques-uns des grands hôpitaux parisiens ; tandis que les modestes chirurgiens de province sont, presque tous, plus attentifs. Ne généralisons pas trop cette remarque ; ce serait très injuste, car la grande majorité des bulletins, même lorsqu'ils portent une signature illustre, sont très complètement remplis (1).

Nous venons d'expliquer comment nous nous garons du double emploi (et du triple, du quadruple... emploi).

(1) Cette remarque s'applique à beaucoup d'autres statistiques. Lors du recensement de la ville de Paris, les bulletins mal faits ne viennent pas des quartiers populeux, mais au contraire des quartiers les plus élégants de la capitale.

Voici comment nous nous garons des omissions. Les hôpitaux envoient chaque mois : 1° Une liste nominative des entrants (d'après le registre des entrées, qui est le document le mieux tenu dans tous les hôpitaux) ; 2° Un bordereau nominatif des sortants. Ce dernier document sert à voir si tous les bulletins des sortants sont bien contenus dans le paquet. Quant à la liste des entrants, elle sert (entr'autres choses) de contrôle au bordereau des sortants, puisque tout entrant devient, avec le temps, un sortant. Donc le total des deux listes doit, en fin d'exercice, être semblable. Ce qui arrive en effet.

Voilà donc le dossier de chaque blessé constitué et vérifié. Reste à dépouiller la très volumineuse collection de ces dossiers ; autrement dit, à en lire le contenu et à le transformer en chiffres.

Cela se fait à la machine.

Quoi ! une machine lit les bulletins et les classe ? A-t-elle donc des yeux ? A-t-elle une cervelle pour distinguer le fémur du calcanéum ?

Oui, elle a tous ces talents, mais à condition qu'on lui prépare le travail.

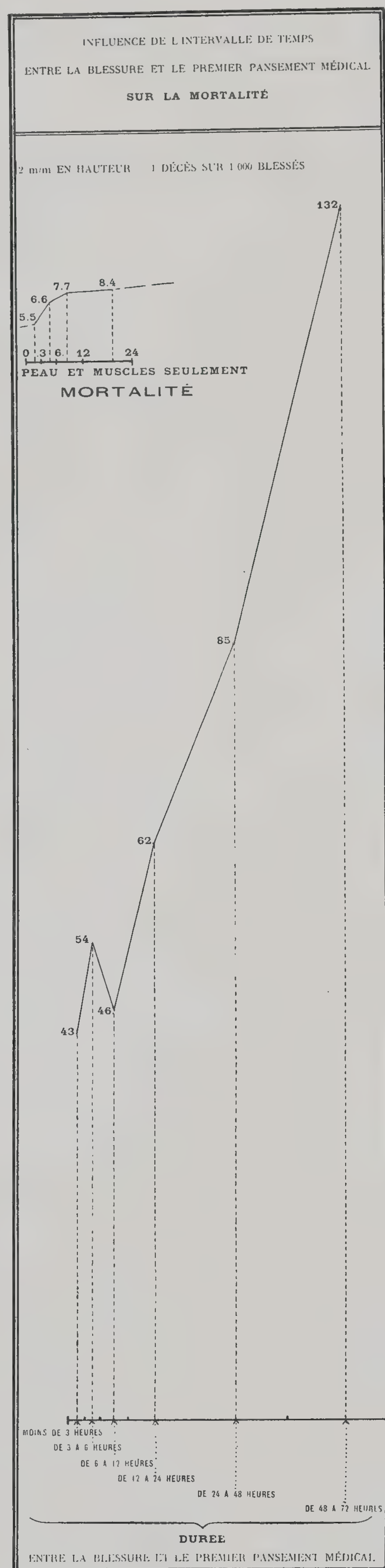
Une machine, en principe, ne peut lire que des pointes (musique de Genève), ou des trous (métier Jacquard). Ce sont des trous que nous donnons à lire à la nôtre.

La carte que nous reproduisons ci-contre est la reproduction (avec un peu plus de détails) du bulletin individuel qu'on a vu plus haut (1). La place des trous qu'on y a perforés raconte l'histoire complète du blessé. Par exemple, nous voyons par eux que la carte ci-contre concerne un jeune officier (col. 4 ; le numéro des col. se trouve au bas de la carte) d'artillerie (col. 5) de 34 à 40 ans (col. 3) de nationalité française (col. 6) qui a été soigné dans six hôpitaux successifs (col. 2), où il a passé au total 125 jours (col. 7, 8, 9). Il est sorti de son dernier hôpital en février (col. 11) 1916 (col. 12). Il avait été blessé le 25 (col. 13 et 14) octobre (col. 15) 1915 (col. 16). Il n'avait qu'une seule blessure (col. 21), mais assez sérieuse, car une balle (col. 20) l'avait atteint à l'avant-bras (col. 22 et 23) et y avait lésé un vaisseau important (col. 26). Mais il avait été pansé par un médecin assez rapidement, moins de trois heures après sa blessure (col. 17). Aussi, n'y a-t-il eu aucune infection (col. 27) mais une complication fort sérieuse, à savoir une hémorragie secondaire (col. 28), qui nécessita une ligature d'artère (col. 29). Il ne subit aucune amputation (col. 30 à 33) ni aucune autre opération (col. 34 à 36) ; il n'a subi aucune perte d'organe, mais il lui est resté une douleur (col. 42), assez sérieuse pour qu'on l'ait envoyé en convalescence (col. 43).

Voilà la longue histoire, assez détaillée, comme on voit, qui se trouve consignée sur notre carte. Encore avons-nous considéré, pour éviter la monotonie, un cas assez simple. Si on veut bien examiner notre carte de plus près, on verra qu'elle comporte bien d'autres détails. Nous aurions pu y consigner l'histoire d'un homme ayant subi plusieurs blessures simultanées, avec le détail des amputations qui lui ont été infligées, des autres opérations subies, des récidives, des conditions de réforme, etc., etc.

Ajoutons que la colonne 1 nous apprend que la carte a été perforée

(1) Elle ne concerne que les blessés ; il y en a une autre pour les malades, les affections des yeux et des oreilles et pour les maladies mentales.



LES CHIFFRES MARQUÉS SUR LA FIGURE EXPRIMENT COMBIEN DE DÉCÈS POUR 1.000 BLESSÉS.
(Le grand diagramme est relatif aux blessures osseuses.)

par l'employée désignée par le n° 5 de façon qu'on puisse lui faire des reproches si on s'aperçoit qu'elle a commis quelque erreur.

Quel énorme travail, dira-t-on peut-être, de percer tous ces trous ! Non ; les 45 colonnes que comporte notre carte (et qui ne sont pas toujours toutes utilisées) sont percées en un peu plus d'une demi-minute.

C'est qu'en effet ce perforage se fait par une machine préparatoire extrêmement ingénieuse.

Les cartes perforées sont ensuite triées, classées et comptées par une autre machine extraordinairement rapide.

C'est une machine merveilleuse : voici comment elle fonctionne. Vous mettez la pile de cartes sur la planchette qui se trouve à gauche de la machine ; puis vous expliquez à la machine ce que vous lui demandez au moyen d'un petit curseur ; vous la mettez en relation avec un courant électrique. La machine entre aussitôt en mouvement, et sans votre intervention (théoriquement, vous pouvez aller vous promener si vous le voulez) distribue ces cartes dans les boîtes située en bas et à droite. En même temps, des compteurs indiquent combien il y a de cartes dans chaque boîte. Quand vous revenez, nous n'avez qu'à copier les chiffres. Ce travail se fait théoriquement à raison de 15.000 à l'heure (en pratique, beaucoup moins vite).

Supposons que vous ayez prescrit à la machine de dépouiller la colonne 22 (région du corps atteinte par la blessure), la boîte 1 contiendra toutes les blessures à la tête, la boîte 2 toutes celles du cou, la boîte 3 celles du rachis, etc. Les compteurs vous diront combien il y en a dans chacune d'elles.

On a deviné que ces machines sont originaires du pays du machinisme et du taylorisme, des États-Unis !

Ces machines sont les premières (et jusque dans ces derniers temps les seules) qu'il y ait eu en France. En 1891, M. Jacques Bertillon en avait vu d'analogues (mais incomparablement moins bonnes) à Vienne, où on les avait fait venir d'Amérique. M. Bertillon, après les avoir essayées à Vienne, les avait introduites en France, où elles ont été employées pour dépouiller le recensement professionnel de 1896. C'était la première machine Hollerith que M. Bertillon, en 1893, a vue à Washington occupée à dépouiller le recensement américain de 1900. A un nouveau voyage aux États-Unis, en 1912, M. Bertillon a vu les secondes machines Hollerith (incomparablements supérieures aux précédentes) employées à élaborer des statistiques dans tous les chemins de fer, toutes les compagnies d'assurances, les grandes banques, le census américain, la ville de New-York, etc. Aussitôt que M. Bertillon fut chargé de la statistique de l'armée, il écrivit aux amis statisticiens qu'il a en Amérique pour obtenir ces belles machines. « Trop vieilles ! lui répondit-on, démodées (elles dataient de deux ans). Nous avons beaucoup mieux aujourd'hui. Adressez-vous à la Compagnie Powers ! » Et ce sont, en effet, les machines Powers, fondées sur un tout autre principe que les machines Hollerith, qui sont employées par la Statistique de l'armée.

Quels sont les enseignements à tirer de la statistique ainsi élaborée ? demandera-t-on peut-être. Il faudrait faire un cours complet de chirurgie militaire pour les indiquer. Qu'il nous suffise donc d'avoir exposé la méthode employée. Aussi bien, au cours de notre exposé, avons-nous eu occasion de montrer un diagramme qui résume une de nos conclusions. Bornons-nous à dire qu'il existe, dès à présent, une centaine de diagrammes traduisant les résultats de ces statistiques, et plus ou moins analogues à celui que nous avons publié.

En termes généraux, nous pouvons affirmer que ces statistiques sont à la gloire du corps médical français. Il est sans exemple qu'une guerre aussi longue ne se soit pas compliquée d'épidémies. Sauf un début d'épidémie de fièvre typhoïde, arrêtée net par le sérum du professeur Vincent au commencement de la guerre, il n'y a pas eu de maladies infectieuses. Cela fait l'éloge de nos hygiénistes. Les statistiques chirurgicales, de même, font l'éloge de nos chirurgiens au cours de la plus effroyable de toutes les guerres.

Dr JACQUES BERTILLON.

CHAPITRE XVI

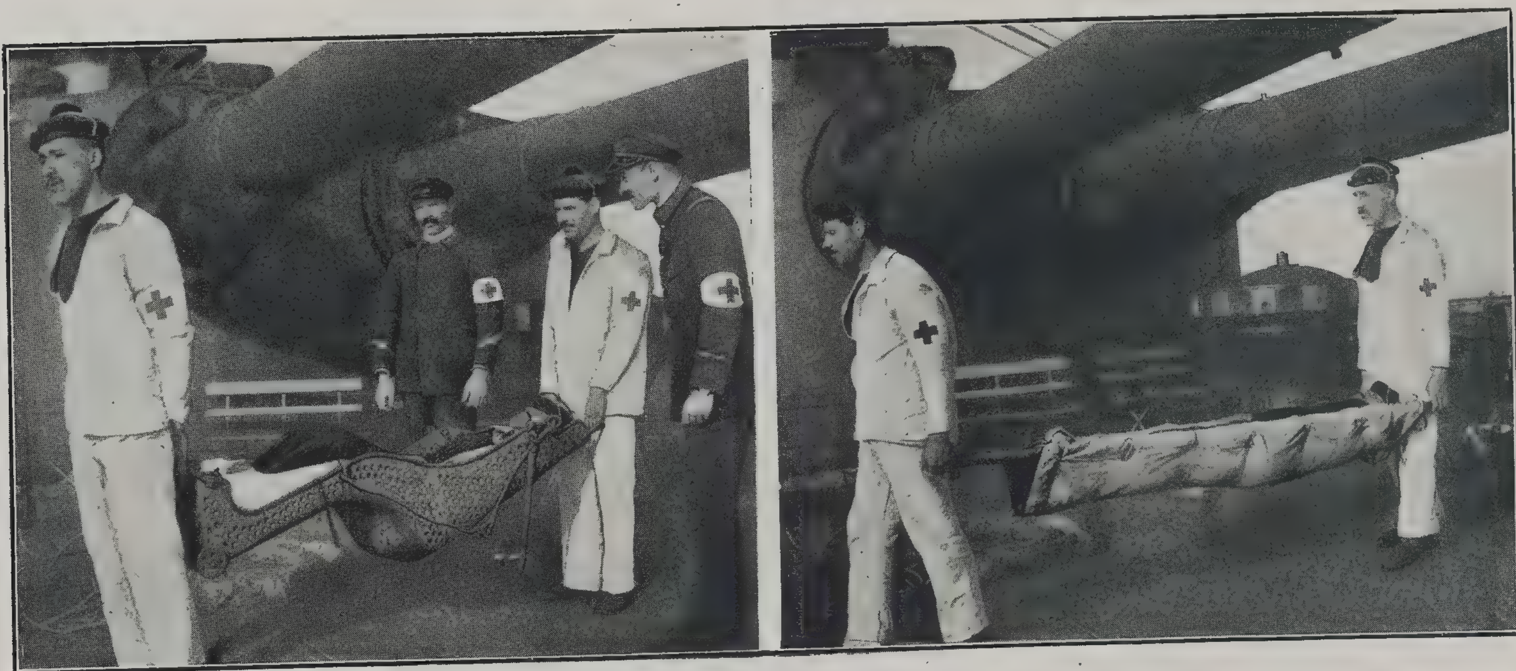
LE SERVICE DE SANTÉ SUR MER
EN TEMPS DE GUERRE

ÉTANT donnée la complexité du navire de combat, l'organisation du Service de Santé se heurte inévitablement à des difficultés inhérentes à l'exiguité des locaux, à l'encombrement, à l'absence de communications directes entre les divers compartiments. Les tourelles plus ou moins hermétiquement closes, les divers ponts superposés, les cloisons étanches divisant le bâtiment en une infinité d'alvéoles sont autant d'obstacles sérieux au transport et au passage des blessés.

A bord des petits bâtiments (canonnières, torpilleurs...), aucun local spécial n'est prévu pour le service médical pendant le combat. C'est tantôt le carré des officiers, tantôt l'infirmerie, tantôt le poste de l'équipage qui sert d'hôpital de combat, et la protection y est à peu près nulle. Sur les grands navires, au contraire, sur les cuirassés et les croiseurs-cuirassés, on a réservé, dès le temps de paix, des emplacements prévus par les plans de construction, et c'est de cette organisation que nous donnerons un court aperçu dans cet article, au point de vue personnel, matériel et fonctionnement des services.

Le personnel d'un cuirassé comprend un médecin principal, médecin-major, assisté d'un ou de deux sous-ordres, des infirmiers au nombre de trois ou quatre, auxquels vient s'ajouter un nombre variable de brancardiers, dans la proportion de 7 à 8 % de l'équipage. Ce chiffre est toutefois rarement atteint, un cuirassé ne comptant pas, en moyenne, plus d'une quinzaine de brancardiers. En réalité, il n'existe pas, à proprement parler, de spécialité de brancardier. Théoriquement, les brancardiers titulaires, porteurs d'un brassard à croix rouge, doivent être recrutés parmi les hommes de la manœuvre dont le poste est voisin de l'hôpital de combat, tandis que les brancardiers auxiliaires, reconnaissables à la croix bleue de leur brassard, sont fournis indifféremment par toutes les spécialités de l'équipage. Dans la pratique, cette distinction n'existe pas, et l'on familiarise avec la manœuvre du brancard des matelots sans spécialité, voire même des musiciens et des cuisiniers, qui ne sauraient avoir d'autre rôle pendant le combat.

En prévision d'une action navale, le matériel médico-chirurgical est transbordé dans le poste principal des



TRANSPORT D'UN BLESSÉ DANS UNE GOUTTIÈRE AUFFRET. — TRANSPORT D'UN BLESSÉ DANS UN HAMAC GUÉZENNEC.

blessés à l'abri sous cuirasse; l'infirmerie et ses annexes (hôpital, pharmacie), situées au-dessus du pont cuirassé, sont évacuées. Les postes secondaires, où se tiendront en permanence médecins en sous-ordre ou infirmiers, ne reçoivent qu'un matériel sommaire, nécessaire au pansement des petits blessés qui se présenteront d'eux-mêmes au cours de l'action. En outre, une provision de pansements est toujours laissée dans les points où des accidents peuvent se produire, en particulier dans les casemates et les tourelles, ces dernières, d'accès difficile, ne communiquant au moyen d'une échelle avec les entreponts que par un trou juste suffisant pour le passage d'un homme. Pour réaliser le minimum d'encombrement et être plus aisément transportables, médicaments et objets de pansement sont entassés dans des caisses en bois à double compartimentage, dénommées « coffres Rouvier », très facilement mobilisables, malgré leur poids, sur la pente glissante des échelles.

La question du transport des blessés au poste principal est résolue grâce à des appareils, dont les uns sont destinés à un itinéraire horizontal, d'autres à un itinéraire vertical, d'autres à un itinéraire mixte, d'étage en étage et de compartiment en compartiment. Le simple brancard démontable suffit au transport des blessés tombés sur le pont même du poste de secours principal ou des postes secondaires. Mais, s'ils sont recueillis dans les entreponts supérieurs,



IMMOBILISATION D'UN BLESSÉ DANS UN HAMAC GUÉZENNEC.

LA GOUTTIÈRE AUFFRET EST SUSPENDUE A L'ORIFICE DU TUNNEL DE DESCENTE AU POSTE PRINCIPAL DES BLESSÉS.

DESCENTE DU HAMAC.

il est nécessaire de les amener à l'orifice de descente au poste principal, et dans ces cas. la gouttière Auffret et le hamac Guézennec trouvent leur emploi.

La gouttière Auffret est une sorte de fauteuil métallique, ajouré, relativement léger, qui se modèle sur les formes du corps. Deux roulettes à sa partie antérieure permettent de le pousser comme une brouette, à l'aide de poignées dont il est muni. Tenu horizontalement par ses deux extrémités, il peut être déplacé comme un brancard. La gouttière a dans le sens transversal des dimensions exactement calculées pour passer dans le sens vertical, après suspension, à travers les ouvertures des ponts.

Le hamac Guézennec est un simple hamac de toile résistante, sur lequel on étend le blessé, que l'on amarre au moyen d'un double système de sangles, les unes immobilisant les épaules, les autres fixant les hanches. En nouant les lacs latéraux,on ferme l'appareil comme un étui, et le tout peut être facilement véhiculé dans la position horizontale ou verticale, soit qu'il faille faire glisser le blessé de haut en bas à travers un trou d'homme, soit qu'il faille le diriger à bras le long d'un entrepont jusqu'à l'orifice de descente de l'hôpital de combat. En adaptant au hamac déplié deux attelles latérales on peut même s'en servir comme d'un brancard.

Le hamac est plus léger que la gouttière, plus maniable, moins encombrant. La rigidité qui lui manquait a été réalisée dans un nouveau modèle adopté récemment et qui contient, dans un dédoublement de la toile, des lattes longitudinales en bois flexible.

Qu'il soit transporté dans un hamac ou une gouttière, le blessé arrive à l'orifice du tunnel de descente qui



NAVIRE-HOPITAL TRAVERSANT LES LIGNES DE L'ESCADRE.

aboutit au poste principal. Le support est accroché à un palan relié à un treuil, manœuvré soit à bras soit électriquement, et la descente s'effectue lentement jusqu'au-dessous du pont cuirassé. Malgré son apparente simplicité, la manœuvre est assez délicate, le moindre roulis pouvant la contrarier.

Le médecin-major reçoit ainsi un à un les blessés ramassés par les brancardiers, examine les blessures, refait les pansements, pratique les interventions d'urgence. Mais ne doit-il pas se porter, lui aussi, aux points du bâtiment atteints par le feu de l'ennemi et où sont signalés des blessés ? Pendant longtemps, fut admis le dogme de l'immobilité du médecin-major au cours du combat, Les règlements l'obligeaient à demeurer dans les fonds, en attendant, inactif, la fin du combat, tandis que se joue le grand drame, auquel il n'a aucune part. Dans la pratique, ce principe est inapplicable, car il est impossible de prévoir si, à un moment donné, des blessés n'auront pas besoin de secours urgents, leur transport, même rapide, étant irréalisable. Le chirurgien doit pouvoir être appelé sur les lieux au premier signal du commandement, sans attendre la sonnerie de la « visite » et la cessation du feu.

Le poste principal, malgré sa protection et ses ressources relatives, ne saurait être, lui aussi, qu'un poste de secours temporaire, où toute intervention chirurgicale importante est interdite. Tout au plus, dans cette atmosphère confinée, sous ces plafonds bas dégouttants d'humidité, au milieu du vacarme effroyable qui ébranle les parois, est-on autorisé à refaire avec quelque soin un pansement, à arrêter une hémorragie, à immobiliser un foyer de fracture. Après le combat, les blessés ayant été installés dans l'infirmerie et dans l'hôpital, ou même dans les locaux qui paraîtront favorables, il sera toujours loisible d'intervenir dans des conditions d'asepsie meilleures. On examinera les blessés qui, trop éloignés du poste de secours, ceux des hunes, du blockhaus, des casemates, se sont pansés eux-mêmes. Malgré les perfectionnements de l'armement, les conditions de la guerre moderne ne sont plus celles d'autrefois, où, par suite de l'exposition à découvert des équipages sur les ponts supérieurs des navires, les pertes humaines étaient toujours considérables. C'est ainsi que, dans la bataille du Yalu (1894), le pourcentage des blessés et tués à bord des bâtiments japonais et chinois fut si élevé, que le sang, d'après des témoins oculaires, avait teint les cheminées. Le danger, par contre, s'est aggravé dans les compartiments clos : celui de l'asphyxie, dans un local restreint, par les gaz délétères que met en liberté l'explosion des projectiles de gros calibre.

Quoi qu'il en soit, le combat naval ayant pris fin, il est de toute nécessité, par l'inévitable pénurie de ses moyens, que le cuirassé procède à l'évacuation de ses blessés, et c'est à bord des navires-hôpitaux, qui accompagnent l'escadre, que ces derniers trouveront, à défaut d'hôpitaux à terre, le maximum de confort et de garanties pour le traitement de leurs blessures. Ces navires-hôpitaux sont, depuis la Convention de La Haye du 29 juillet 1899, placés sous la protection de la Croix-Rouge de Genève. Les hôpitaux militaires flottants, appartenant à l'État, doivent être peints en blanc avec, le long de la carène, une bande verte coupée de croix rouges. La bande sera rouge, si le bâtiment-hôpital



BLESSÉS ET MALADES SUR LA DUNETTE ARRIÈRE D'UN BATEAU-HOPITAL.



ARRIVÉE D'UN BATEAU-HOPITAL AUX APPONTEMENTS DE TOULON.

est équipé aux frais d'une Société de secours reconnue par les gouvernements signataires de la Convention. Leurs signes distinctifs sont mis en évidence, la nuit, au moyen d'ampoules électriques colorées.

L'extension des principes de la Convention de Genève à la guerre sur mer ne date que de 1899, la Convention du 22 août 1864 n'ayant envisagé que la guerre sur terre. Mais, deux années plus tard, la catastrophe du *Re-d'Italia*, qui à la bataille de Lissa, livrée entre les flottes italienne et autrichienne, perdit son équipage entier faute de secours, détermina un courant d'opinion publique en faveur de l'application à la guerre navale des principes de la Convention de Genève. C'est seulement en 1899, après l'échec de l'Assemblée de Carlsruhe (1887), du Congrès médical de Bâle (1890), de la réunion à Rome des Sociétés de Croix-Rouge (1892), que l'adoption de ces principes fut enfin votée. Les bateaux-hôpitaux, reconnaissables de jour et de nuit à leurs signes distinctifs, naviguent sous le couvert de la neutralité la plus stricte. Leurs noms, avant leur entrée en service, sont notifiés aux belligérants et aux neutres. L'ennemi a sur eux le droit de visite, pour s'assurer qu'ils ne renferment pas du matériel de guerre. Habitués à fouler aux pieds les traités, les Allemands ont coulé plusieurs fois, sans avertissement, des navires-hôpitaux anglais au cours de cette guerre. Les Anglais firent avec raison remarquer à nos ennemis que s'ils soupçonnaient — faux prétexte d'ailleurs — que ces bâtiments servissent à des fins autres que celles pour lesquelles ils avaient obtenu la liberté de navigation, leur droit était de les arrêter et de les soumettre à une visite. Des navires-hôpitaux français furent plusieurs fois arraisonnés, sans que rien de suspect fût signalé pendant ces visites. Mais les torpillages continuant et l'Allemagne ayant fait savoir aux Alliés que ses sous-marins attaqueraient tous les bateaux-hôpitaux, des otages, choisis parmi les prisonniers de marque, furent embarqués sur ces navires. Nous recherchions plutôt un effet moral, car notre humanité prévit même pour eux des embarcations de sauvetage en cas de torpillage. Plus tard, l'Allemagne exigea de nous que nous mettions à bord des hôpitaux des commissaires neutres, investis du droit de contrôle ; nous dûmes embarquer sur chacune de nos unités un officier de marine espagnol.

En l'absence d'engagement naval, nos bateaux-hôpitaux ne peuvent remplir qu'un rôle de trains sanitaires. Leur flotte se compose d'anciens transports de l'État, spécialement aménagés : *Vinh-Long*, *Bien-Hoâ*, *Duguay-Trouin*, et de bâtiments de commerce d'un tonnage plus élevé, réquisitionnés près des compagnies : *Sphinx*, *Asie*, *Flandre*, *La Fayette*, *Navarre*... De grands paquebots ont pu être armés dans ce but, tel, au moment de l'expédition de Salonique, le grand et luxueux navire *France*, dont le tonnage permettait l'hospitalisation et le rapatriement de près de 2.000 blessés. Il faut avouer, d'ailleurs, que tout un matériel et un personnel nouveaux durent être improvisés après les premiers mois de guerre, car, dans les premiers jours de la mobilisation, nous n'avions qu'un seul navire-hôpital : le *Canada*, hâtivement réquisitionné et non moins rapidement aménagé. Après des croisières stériles dans l'Adriatique, où de loin en loin il servait à l'hospitalisation de quelques malades de l'armée navale, il fut envoyé aux Dardanelles au moment de l'attaque des Détroits, puis fut désarmé et destiné au transport des troupes. Nous avions alors reconnu l'utilité d'une flotte de bâtiments-hôpitaux, qui, dès sa création, rendit les plus grands services. Ces navires furent employés au rapatriement des blessés et des malades de l'armée d'Orient, qui, débarqués aux appontements de l'arsenal maritime de Toulon, étaient aussitôt répartis dans les trains sous pression et dirigés sur les diverses formations sanitaires du Midi. Mais, dès que furent créés les hôpitaux de la base de Salonique, avec leur total de vingt mille lits, les navires-hôpitaux ne reçurent plus que des blessés anciens appareillés et à demi guéris, sauf au moment de l'offensive victorieuse qui aboutit à la capitulation de la Bulgarie et qui avait nécessité le rappel sur le front de combat d'une partie importante du personnel médical de Salonique.

Dr LAURENT MOREAU,

Médecin de 1re classe de la Marine.

CHAPITRE XVII

LE SERVICE DE SANTÉ EN ORIENT

LA MISSION MÉDICALE FRANÇAISE EN SERBIE (1915)

On se souvient qu'en décembre 1914 l'armée autrichienne, après avoir envahi la Serbie et pénétré profondément dans l'intérieur du pays, fut complètement battue et dut s'enfuir précipitamment, laissant derrière elle une quantité énorme de morts, de blessés et de prisonniers, ainsi qu'un matériel considérable.

Derrière les ennemis en fuite l'armée serbe, dans son avance, trouva une région jonchée de cadavres en décomposition. Il y avait des morts dans les champs, dans les puits, dans les cours d'eau ; en peu de temps, les districts libérés devinrent la proie des épidémies. La zone des opérations ne fut pas seule atteinte : du fait des communications inévitables entre l'avant et l'arrière, l'infection se propagea avec une grande rapidité dans toute la Serbie. On vit de la variole, de la fièvre récurrente, du choléra; mais le mal qui fit de beaucoup le plus de victimes fut le typhus exanthématique. Les médecins serbes étaient déjà fort peu nombreux, et, dès le début, les deux tiers d'entre eux succombèrent, enlevés par le typhus. Le dévouement de quelques doctoresses russes, qui, dans les hôpitaux du territoire, soignaient les typhiques de leur mieux, ne pouvait suppléer que dans une très faible mesure à l'insuffisance numérique du corps médical.

Devant l'horreur de la situation, le gouvernement serbe se décida à faire appel aux Alliés, et, en France, le Ministre de la Guerre désigna cent médecins pris parmi des volontaires. Le commandement de la Mission fut confié au regretté Médecin Principal Jaubert, qui s'embarqua à Marseille, le 17 mars 1915, et s'installa à Nisch, capitale provisoire de la Serbie, assumant la lourde tâche d'entreprendre avec de bien faibles moyens matériels la lutte contre l'infection. Une telle entreprise semblait insensée et l'effort à accomplir apparaissait comme surhumain. Les gens tombaient dans les rues et y mouraient, sans soins, sans secours d'aucune sorte. Dans les hôpitaux, les typhiques, les varioleux, les cholériques étaient entassés pêle-mêle, couchés sur des grabats sans draps et sans couvertures, plus souvent encore sur la terre nue. Il n'y avait pour les soigner ni médicaments, ni instruments. La pénurie de toutes choses était telle qu'on enlevait les vêtements et le linge des morts pour les donner aux survivants. Dans les villes, des tombereaux, parcourant les rues, entassaient journellement des piles de cadavres qu'on déversait dans de grandes fosses hâtivement creusées. Aucune règle de propreté ou d'hygiène ne pouvait être observée.



Photo Dr Bonnet.

AMBULANCE DE CAMPAGNE.

Aux armées, des bataillons entiers fondaient en quelques jours, exterminés par le typhus.



Photo Dr Bonnet.

INTÉRIEUR D'UNE AMBULANCE DE CAMPAGNE.

C'est devant cette situation lamentable que se trouva la Mission française à son arrivée. Il y avait peu à attendre des médecins serbes survivants, excédés, épuisés par une lutte au-dessus de leurs forces. Les autorités se montraient pleines de bonne volonté, mais apathiques. Le Médecin Principal Jaubert se mit résolument au travail ; il divisa le pays en sept secteurs : Belgrade, Kragoujevatz, Krouchevatz, Nisch, Oujitsé, Valiévo, Zaitchar. A la tête de chacun d'eux était un Médecin Principal ayant sous ses ordres plusieurs médecins, répartis dans les différentes localités suivant les besoins.

Il fallut parcourir tout le pays, maison par maison, soigner les malades et surtout pratiquer partout une désinfection méthodique. Tout le monde fit de son mieux, méprisant le danger, suppléant à l'absence de moyens par un dévouement constant, une activité inlassable et une ingéniosité toujours en éveil.

Parmi toutes les initiatives bienfaisantes, il convient de signaler spécialement la méthode employée par le Médecin Principal Randon, à Oujitsé, en vue d'empêcher la propagation du typhus. On sait que cette terrible affection se transmet presque exclusivement par le pou, parasite très abondant en Orient. Le docteur Randon avait installé à la gare d'Oujitsé, point terminus du chemin de fer, très fréquentée par les civils et par les permissionnaires du front, une organisation qui consistait à doucher tous les voyageurs sans exception, à les enduire d'huile camphrée des pieds à la tête et à leur passer les cheveux et la barbe à la tondeuse, en un mot à les épouiller complètement. En même temps on désinfectait les vêtements. Cela ne se fit pas sans de nombreuses protestations, mais, en fin de compte, les autorités comprirent à quel point cette mesure était efficace et, en moins de deux mois, la région d'Oujitsé fut débarrassée du typhus.

Partout, du reste, le fléau, attaqué avec énergie, régressait rapidement et au mois de juin, le typhus exanthématique ne se manifestait plus que par quelques cas isolés et n'était pour ainsi dire plus à redouter.

Mais la tâche n'était pas terminée. L'été arrivait, et, avec les premières chaleurs, la menace de la fièvre typhoïde et du choléra, qu'il ne fallait à aucun prix laisser pénétrer. Les médecins français assumèrent donc sans s'effrayer la tâche formidable de vacciner contre ces redoutables affections toute l'armée et toute la population civile. On pense que les obstacles ne manquaient pas. L'apathie des pouvoirs publics était grande et l'enthousiasme des populations à l'égard de nos procédés était modéré. On ne saurait décrire quelle persévérance, quelle ténacité et quel courage il fallut pour mener à bien cette mission, malgré les difficultés matérielles, les fatigues, les résistances et aussi les menaces des soldats et des paysans, gens simples et ignorants, qui manifestaient une grande aversion pour nos méthodes prophylactiques. Enfin, dès le mois d'août, nous avions notre récompense : le typhus n'était plus qu'un mauvais souvenir et le choléra n'avait pu faire son apparition. La malheureuse Serbie que nous avions trouvée agonisante se relevait et se régénérait avec une rapidité singulière. De tous côtés, on organisa des consultations, des distributions de linge et de vêtements ; le Médecin Principal Bertrand réussit même à fonder une Goutte de lait à Belgrade.



Photo Dr Bonnet.

AMBULANCE DE CAMPAGNE.

Notre rôle à ce moment paraissait

bien simple : il consistait à voir quelques malades, à inculquer aux populations des principes élémentaires d'hygiène et à faire le service des formations sanitaires.



Photo Dr Bonnet.

L'AMBULANCE FONCTIONNE.

Il y avait peu de blessés. Depuis la débâcle autrichienne, le front était formé par le cours des fleuves, Drina, Save et Danube, et la lutte, peu active, se bornait à des bombardements et à des fusillades sans aucune velléité d'attaque de part ou d'autre. Les Serbes, trop peu nombreux et trop éprouvés pour attaquer eux-mêmes, confiants à l'excès en leur propre bravoure, estimaient que les Autrichiens n'oseraient plus tenter d'envahir un pays où ils avaient subi une déroute complète. Il semble plus sage de croire que les ennemis se souciaient peu de compromettre l'état sanitaire de leurs troupes en les lançant sur une région ravagée par les épidémies.

Cependant, dès le commencement de septembre, on put remarquer du côté de l'ennemi une activité insolite. De plus l'attitude menaçante de la Bulgarie nécessita l'envoi d'une armée serbe sur la frontière orientale. Le front, déjà énorme, eu égard à la quantité d'hommes disponibles, s'étendit encore; la situation devenait très critique. Se voyant entourés d'ennemis, les Serbes ne pouvaient opposer aux attaques que des effectifs insuffisants et pauvres en matériel.

A la demande de l'État-Major serbe, la répartition des médecins français fut modifiée. La moitié d'entre nous fut affectée aux formations sanitaires de l'avant, les autres restèrent pour faire le service des hôpitaux du territoire.

Nous rejoignîmes nos corps respectifs et, dès le début d'octobre, l'offensive fut déclenchée avec violence en même temps par les Austro-Allemands et par les Bulgares. A partir du 15, il fallut se résigner à battre en retraite. Dans la guerre de matériel qui nous était imposée, l'héroïsme individuel du soldat serbe ne trouvait guère à s'employer.

Il n'est pas possible de raconter ici ce que fut cette retraite, ni d'évoquer toutes les scènes d'horreur auxquelles nous avons été mêlés. L'officier d'administration Labry, le docteur Van Tienhoven, le médecin-major Thomson, M. Barby ont décrit dans des pages émouvantes les souffrances endurées. Ce fut l'écrasement, l'extermination d'un peuple. Pour nous, suivant le sort de nos unités, nous avons parcouru pendant plus de deux mois les pistes de Serbie, d'Albanie et du Monténégro, jonchées des cadavres de ceux, qui, passés devant nous, avaient succombé à la faim, au froid et à la fatigue. Combien de femmes, de vieillards et d'enfants ont trouvé la mort dans ces montagnes glacées ! Manquant de tout, harcelées par un ennemi puissant, pourvu de canons, d'avions et de mitrailleuses, nos troupes ne pouvaient que se replier. Tant qu'ils eurent quelques armes et des munitions, les Serbes revenant sur leurs pas et faisant brusquement face à l'envahisseur lui infligèrent souvent des pertes sévères. Puis ce furent la débâcle et la fuite à travers un pays désolé, mourant de faim et la rage au cœur. De temps en temps, au milieu de ce cauchemar, nous apprenions des nouvelles pénibles et nos espérances tombaient une à une : un jour c'était l'annonce que les Bulgares avaient coupé la ligne de Salonique ; une autre fois, nous savions la jonction des Allemands avec les Bulgares ; puis nous connaissions l'échec de l'offensive française en Macédoine. A mesure que nous avancions dans le désert de neige, nous sentions le cercle se rétrécir autour de nous et l'espoir d'échapper à nos ennemis s'évanouissait peu à peu.



Photo Dr Bonnet.

CAMPEMENT A LA FIN DE 1915.

Enfin, après des souffrances inouïes, nous reçûmes l'ordre de rejoindre Scutari comme nous le pourrions, et nous arrivâmes dans cette ville le 23 décembre 1915, ayant quitté, non sans émotion, nos camarades de misère. Le surlendemain, nous nous dirigions sur Saint-Jean de Médua, d'où un navire italien, le *Brindisi*, nous transporta à Bari, dans la nuit du 28 au 29 décembre 1915.

La Mission médicale française en Serbie était dissoute.

Qu'on me permette de rendre hommage à la mémoire de mes bons camarades de la première armée serbe, les médecins-majors Fallot et Libert : Fallot, chirurgien consommé, opérant les blessés sous le feu de l'ennemi avec une habileté, une aisance et un sang-froid qui faisaient l'admiration de tous ; Libert, épidémiologiste distingué, d'une activité inlassable et dont la joie était de remplir les missions les plus pénibles et les plus dangereuses.

Ils sont morts en braves, mais leur sacrifice n'aura pas été inutile. Les Serbes ont appris à nous estimer et ce ne sera pas la moindre gloire du corps médical français que d'avoir su faire apprécier notre pays dans ces régions où nous étions bien peu connus.

Je n'oublierai pas ce que me disait un jour un officier supérieur de la 2e division du Danube à laquelle j'appartenais : « La France est de tous nos alliés le plus éprouvé par la guerre : elle seule cependant eut à cœur de nous secourir et nous lui en devrons une reconnaissance éternelle. »

Dr Didier CORVISY.

ARMÉE D'ORIENT *(du 12 octobre 1915 au 1er février 1918)*.

Pour bien suivre le développement de l'organisation du Service de Santé, il faut diviser la durée d'opérations qui s'étend du 12 octobre 1915, date du débarquement à Salonique, au 1er février 1918, date de ma rentrée en France, en périodes secondaires qui sont les suivantes, les dates étant approximatives :

Première période. — De l'arrivée à la rentrée à Salonique, après la campagne de Serbie (octobre 1915-décembre 1915) ;

Deuxième période. — Période du camp retranché (décembre 1915-juin 1916) ;

Troisième période. — Opérations devant Doiran (juin-octobre 1916) ;

Quatrième période. — Opérations devant Monastir (octobre 1916-printemps 1917) ; Thessalie (1917) ;

Cinquième période. — Opérations en Albanie, Pogradec, le Skunsbi.

Un simple coup d'œil montre le déplacement continu des opérations vers l'ouest.

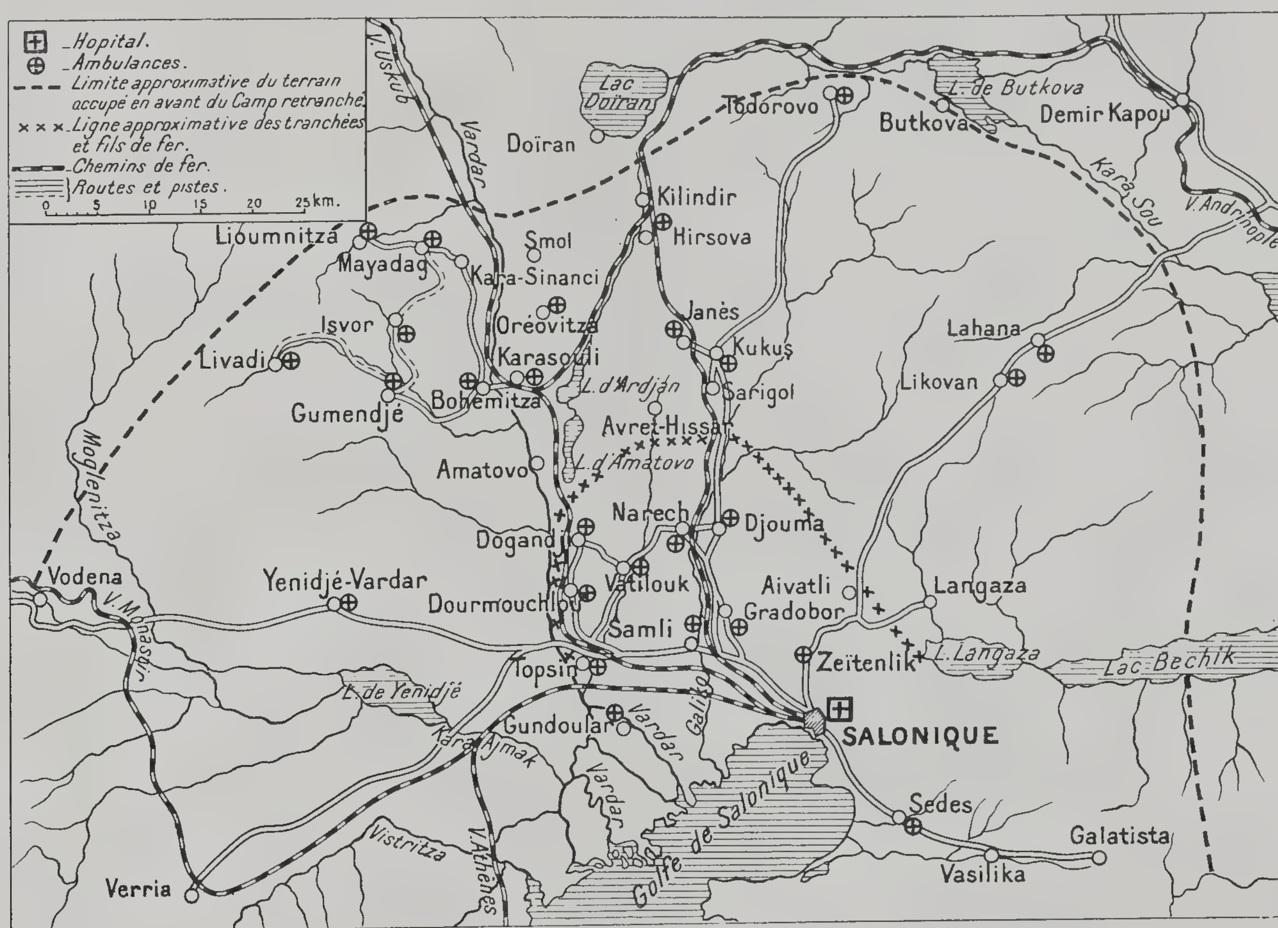
Avant d'entrer dans le sujet, je tiens à dire bien haut que si le Service de Santé a pu réaliser une organisation qui lui a permis de faire face à toutes les éventualités, il le doit, en première ligne, à M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé qui, à Paris, a, sans aucune exception, donné satisfaction à toutes nos demandes, aussi complètement et aussi rapidement qu'il le pouvait, et, très renseigné sur ce qui se passait à l'Armée d'Orient, a toujours et partout soutenu le Service de Santé de cette armée, puis à M. le Général Sarrail qui, sur place, lui a laissé la liberté la plus complète, l'autonomie aussi grande que les conditions de la guerre le permettaient.

Enfin, j'ai eu toujours à ma disposition un personnel de choix, d'un dévouement sans bornes, qui, dans des circonstances extrêmement difficiles et pénibles, a toujours été, je ne dirai pas à la hauteur, mais au-dessus de sa tâche : on pourra en juger bien mieux dans une publication ultérieure plus complète.

La première période, celle de l'avance en Serbie, puis du repli, se caractérise par l'impossibilité à peu près absolue d'organiser un Service de Santé quelconque à Salonique : impossible de trouver un mètre carré de terrain, couvert ou non couvert, pour dresser une formation. L'hôpital français nous donna 50 lits ; l'hôpital italien nous loua deux salles de 25 lits dont les médecins italiens assureraient le service ; enfin, grâce aux interventions répétées et énergiques du Père Lobry, supérieur des Lazaristes d'Orient, on consentit à nous laisser occuper le séminaire français de Zeitenlick, aux portes duquel avaient déjà été placées des sentinelles grecques, tout étant réquisitionné pour l'armée grecque qui se mobilisait. A notre arrivée, le séminaire avait reçu environ 200 malades de la division Bailloud, venue des Dardanelles, très fatiguée, atteinte de dysenterie, de typhoïde, d'ictère et de paludisme ancien, formée qu'elle était

en grande partie de troupes d'Algérie. La plupart de ces malades étaient sur de la paille, avec des couvertures; les lits du séminaire étaient réservés aux plus graves. Ce furent là toutes nos ressources pendant le premier mois, en dehors des ambulances divisionnaires qui suivaient les divisions et s'installaient comme elles pouvaient dans des villages analogues à ceux de nos régions dévastées, avec quelques tentes. Pour l'hôpital d'évacuation, trois tentes marabout que j'eus grand'peine à faire dresser à la gare, d'où on les avait fait enlever à plusieurs reprises.

Après toutes sortes d'efforts infructueux, je proposai au général Sarrail de monter le long de la ligne de chemin de fer jusqu'en Serbie pour chercher si, sur le territoire de nos Alliés, il ne serait pas possible de créer des hôpitaux dont le besoin devenait pressant ; à Guerguely, petite ville peu endommagée par la guerre, je trouvai de quoi faire un modeste centre hospitalier, qui fut organisé immédiatement, malgré les difficultés des transports sur une ligne à voie unique, très encombrée. Près de la gare, trois formations furent prêtes en quelques jours; un hôpital d'évacuation dans un bâtiment endommagé, mais qu'on put restaurer assez pour l'occuper; une ambulance fonctionnant comme



PÉRIODE DES CAMPS RETRANCHÉS DE SALONIQUE (DÉCEMBRE 1915-SEPTEMBRE 1916).

hôpital dans une manufacture de tabacs ; et l'hôpital anglais des Scottish Women, mis à notre disposition, qui dressa ses tentes près de l'hôpital d'évacuation. Dans la ville, une école fut réservée aux maladies contagieuses, une villa turque aux officiers, et, à l'autre extrémité, deux casernes turques, en partie conservées, furent affectées à deux hôpitaux et à un centre d'éclopés et de convalescents.

Pendant ce temps, l'armée avançait vers le Nord, et les ambulances la suivaient, venaient camper sur la rive gauche du Vardar à Valandovo, Strumitza et sur la rive droite à Denik-Kapou, Krivolak, cette dernière pour servir en même temps d'organe d'évacuation, à Negotin et à Kavadar.

A Salonique, on commençait dans les jardins entourés de murs du séminaire de Zeitenlik la construction des pavillons de l'Hôpital temporaire n° 1 ; enfin, grâce à l'intervention de Mme Argyropoulos, envoyée par la Princesse Marie de Grèce, j'avais pu être autorisé à louer, très cher c'est certain, une petite villa, entourée d'un étroit jardin, très éloignée de la gare, dans laquelle fut organisé le premier service chirurgical, celui du Dr Roux-Berger, dont la collaboration dévouée me fut si précieuse pendant deux ans ; il comportait au début une vingtaine de lits.

Des terrains inoccupés autour de cette villa me faisaient espérer pouvoir agrandir plus tard cet hôpital, qui devint un des plus importants, et on peut dire, un des centres scientifiques de l'Armée d'Orient. Pendant ce temps, le matériel arrivait : je pouvais donner des lits à tous les malades du séminaire de Zeitenlik et faire monter à l'avant tout ce qui était nécessaire pour les ambulances et le centre de Guerguely.

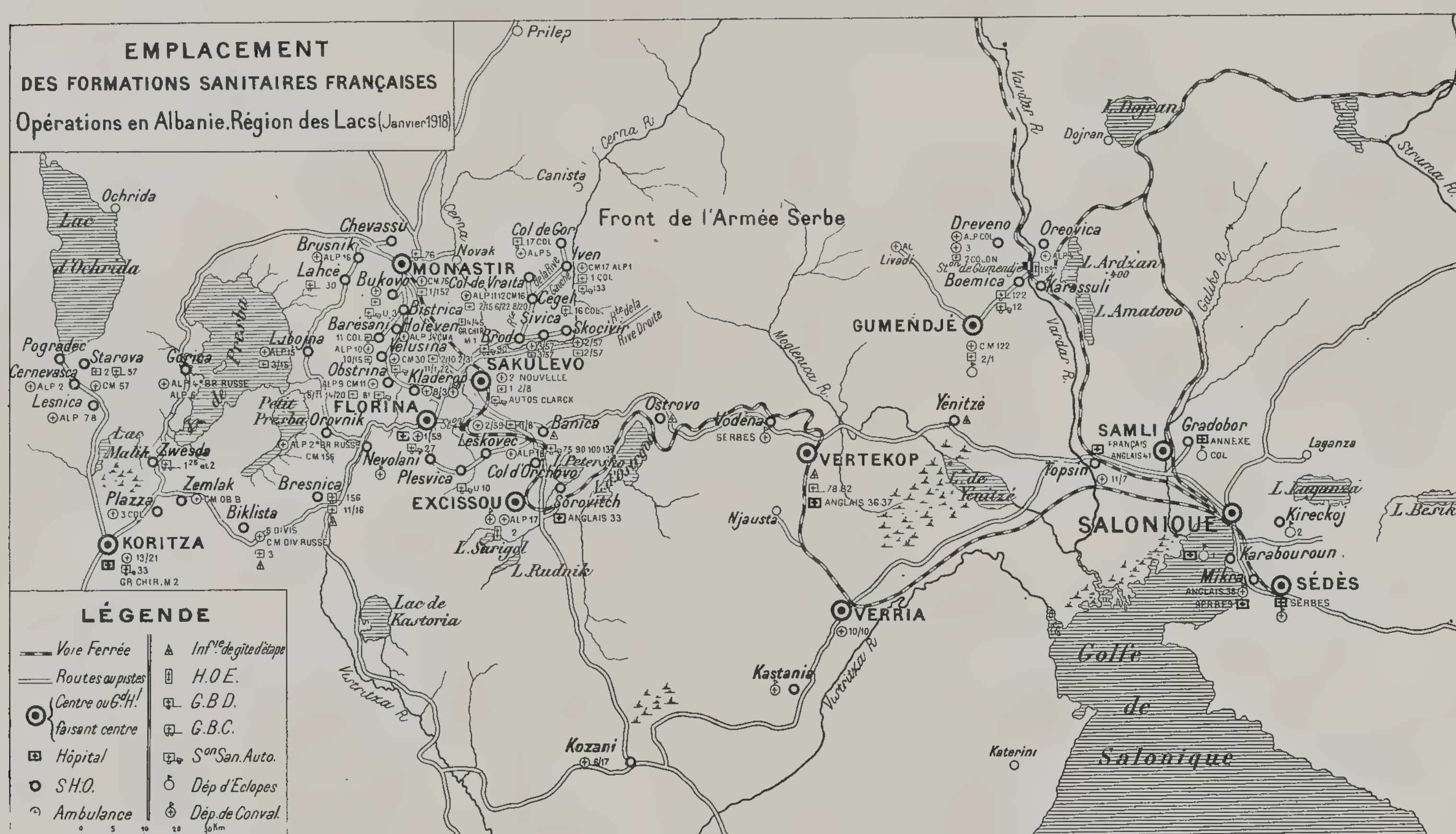
Les bateaux-hôpitaux français n'étaient armés que pour le transport et non le traitement des malades et blessés ;

ils ne pouvaient donc pas stationner sur rade et servir d'hôpitaux. Cependant, grâce à M. l'Amiral de Bon, commandant alors la base de Salonique, et au médecin principal de 1re classe Labadens, médecin chef de la Marine, je pus dans les moments difficiles, utiliser pendant quelques jours ces bateaux, et même installer des ambulances sur deux ou trois cargos réquisitionnés et soigner ainsi des hommes pour lesquels aucun abri n'existait encore à terre. Pendant toute la campagne, il y eut une collaboration étroite entre le Service de Santé de la Guerre et celui de la Marine, et c'est là un de mes meilleurs souvenirs de l'Armée d'Orient.

Malgré toutes les difficultés le service s'organisait : les évacuations de l'avant sur Guerguely se faisaient sans trop d'accrocs, lorsqu'au retour d'une inspection, comme j'exposais ma satisfaction au général Sarrail, il me dit : « Alors ça marche ? Votre service est bien organisé à l'avant ? Eh bien ! il faut absolument qu'en trois jours, tout soit ramené à Salonique, je ne puis plus rejoindre l'armée serbe et je replie mes troupes. »

J'étais atterré ! Que faire ?

J'obtins un jour de délai. A Salonique, des tentes furent dressées dans les cours et les terrains du séminaire, et quelques-unes dans le jardin de la villa, déjà désignée sous le nom d'Hôpital 2. Avec la Marine, il fut convenu qu'on



conserverait un ou deux bateaux pendant quelques jours pour les hommes peu atteints qui redescendraient ensuite à terre, et, par dépêche, je fis demander d'extrême urgence le bateau-hôpital *France*, alors à Toulon, et le *Charles-Roux*, qui se trouvait à Athènes.

Il n'y eut, par bonheur, aucun accroc dans l'exécution des dispositions prises : trois jours après, la *France* était sur rade, avec 2.500 places, quelques heures avant l'arrivée des convois sanitaires les plus importants du front ; en vingt-quatre heures, elle était chargée au complet et partait pour Toulon, pendant que le *Charles-Roux*, arrivé aussi, nous prenait une centaine de blessés ; les autres trouvaient place, en se serrant un peu il est vrai, dans nos deux hôpitaux de Salonique encore très rudimentaires, et d'autres sur les navires-hôpitaux qui arrivaient ; le soir du quatrième jour, je pouvais dire au général Sarrail, que le Service de Santé s'était replié sans laisser un homme, sans perdre un paquet de pansement et que les malades et blessés étaient tous abrités et soignés, avec cette réserve, bien entendu, que la nécessité absolue nous avait forcés à évacuer un certain nombre d'hommes qui, en temps ordinaire et avec des ressources hospitalières normales, auraient été soignés à Salonique.

La deuxième période comprend l'organisation du Service de Santé dans le camp retranché de Salonique ; c'est au cours de cette période que l'armée serbe arriva de Corfou en Macédoine.

Une fois repliée, l'armée française, forte de quatre divisions, s'installa sur le front du camp retranché. Le Service de Santé, grâce aux facilités que lui donnèrent alors la démobilisation de l'armée grecque, son éloignement de Salonique et l'autorité des Alliés sur la ville, put continuer à développer les hôpitaux 1 et 2 et en commencer immé-



UNE SALLE DE BLESSÉS.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK.

diatement deux autres, les hôpitaux 3 et 4 : le premier sur le terrain du séminaire, vis-à-vis du 1, et l'hôpital 4 au bord de la mer, sur un terrain mis à notre disposition par le Dr Schiacchi ; à côté de ce dernier, pour faciliter le service on installa l'hôpital des Scottish Women, pendant que l'hôpital Narishkine, qui venait d'arriver, montait ses baraques non loin de là ; au camp de Zeitenlik s'élevait une grande infirmerie, contiguë à un dépôt d'éclopés : près des quais, une infirmerie de port ; enfin la Réserve de matériel sanitaire s'établissait sur le vaste terrain qui plus tard devait devenir un quartier hospitalier, et la Réserve de pharmacie sur un emplacement à elle réservé, non loin de la gare, dans la partie inférieure du camp de Zeitenlik. A la gare, des baraques « Adrian » avaient enfin trouvé place pour former l'hôpital d'évacuation. A l'avant, les ambulances divisionnaires campaient en arrière de leur division, sur des positions abritées, reliées par des ravins à une ambulance faisant fonction d'hôpital d'évacuation, à la gare de Topcin, pour les troupes du Vardar : une autre à Gradabor, sur la ligne de Kukus, dans la vallée du Gallico, servait pour les troupes de ce secteur.

Au camp, une station sanitaire fonctionnait sans interruption, douchait les hommes, désinfectait et désinsectisait tous les effets. L'état sanitaire était excellent et, à un moment donné, au printemps, le bateau-hôpital le *Sphinx* resta quarante-cinq jours sur rade sans pouvoir être chargé. En février, le bateau *Charles-Roux*, extrêmement coûteux, fut rappelé en France, les services spéciaux à terre étant dès lors suffisants.

C'est en avril qu'on apprit que l'armée serbe allait venir de Corfou, et qu'à part le service régimentaire et deux ambulances par division, le Service de Santé français assurerait tout le reste, c'est-à-dire les évacuations, hospitalisations, ravitaillement. Les premiers renseignements parlaient de 25 à 30.000 hommes ; il en débarqua 120.000 en quelques semaines ; on juge du surcroît de travail imposé au Service de Santé français : grâce à sa liberté d'action, il put faire face à tous les besoins.

L'armée serbe avait été fortement éprouvée, dans sa retraite, en particulier par le typhus, et le Général Sarrail craignait, à juste titre, qu'elle ne l'apportât aux armées alliées ; il résolut pour prévenir toute épidémie, d'isoler l'armée serbe, jusqu'au moment où l'on serait sûr de son état sanitaire et, pour cela, de faire camper les divisions dans la vallée de la Vasilica, sur les pentes sud de cette vallée, et d'hospitaliser les malades à part. Les précautions suivantes furent prises par le Service de Santé : une ambulance s'installa à Micra, au bord de la mer, là où se faisaient les débarquements, comme organe de douchage, de désinsectisation et de désinfection, munie de douches et d'étuves en nombre suffisant pour traiter jusqu'à 4.000 hommes par jour, chiffre atteint plusieurs fois. En descendant des navires, les troupes étaient conduites sur un terrain voisin, dit de débarquement ; les uni-

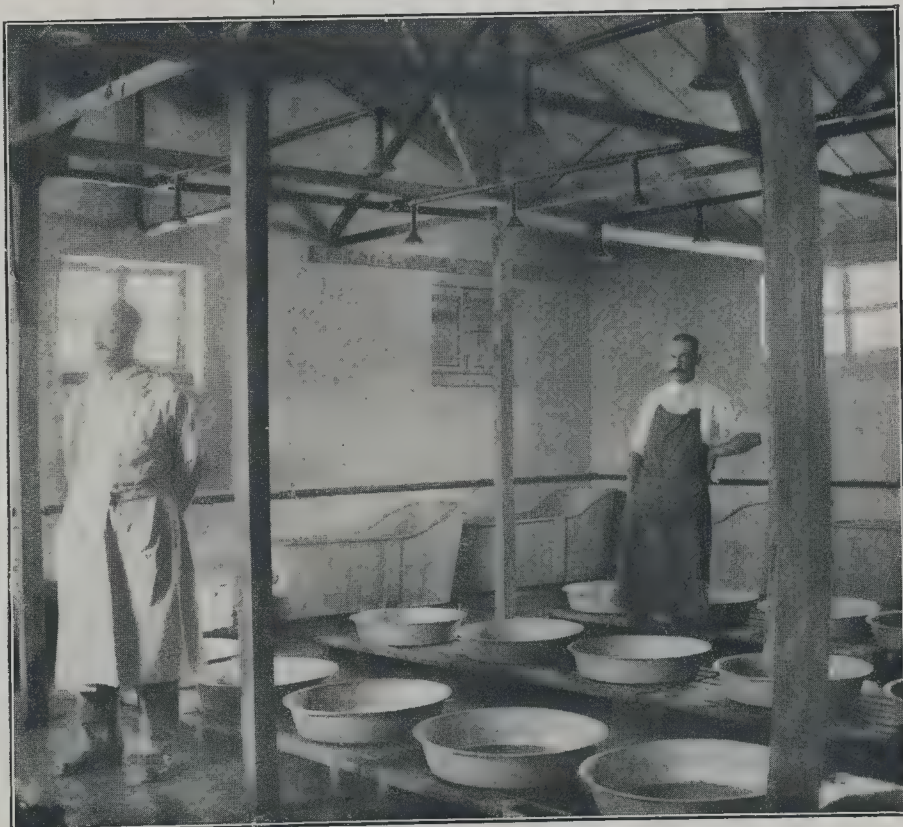
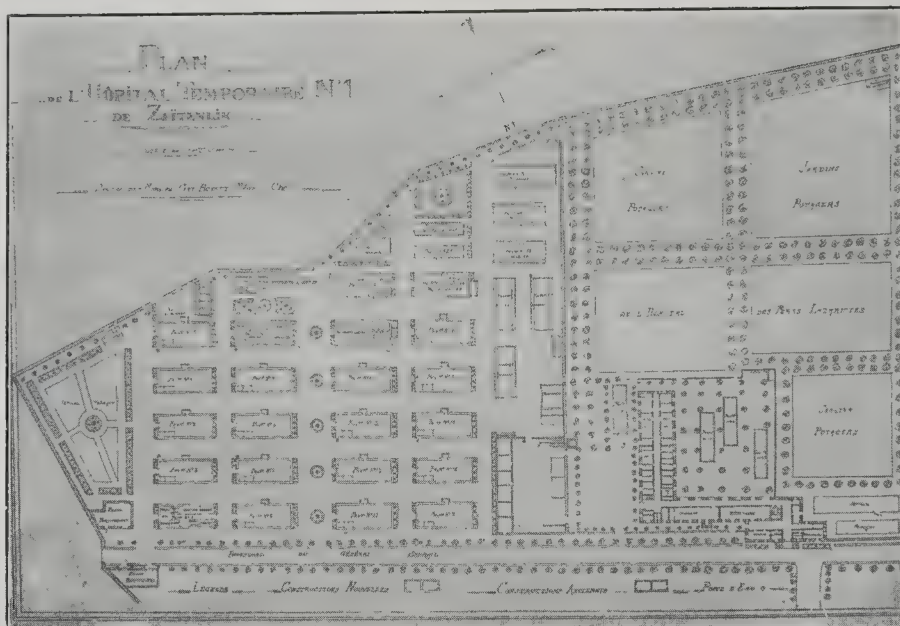


Photo Gay-Bonnet.

LA SALLE DE BAINS ET DOUCHES.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK.



tés se rendaient successivement à la station sanitaire, et, au fur et à mesure qu'elles avaient satisfait à toutes les obligations de douche et de désinfection, elles rejoignaient leurs terrains de campement : en même temps, on installait à Sedes, à l'entrée de la vallée, en un point abondamment fourni d'eau par une conduite turque, un hôpital sous tentes, pouvant recevoir mille malades, et, à côté, un dépôt annexe de convalescents pouvant en recevoir autant ; l'hôpital était édifié par une ambulance, aidée de quelques hommes, prêtés par un bataillon, pendant qu'une deuxième ambulance, installée avec ses tentes autour d'une petite mosquée abandonnée, servait déjà à l'hospitalisation. Les quelques cas chirurgicaux étaient envoyés dans un hôpital de Salonique, dont les ressources hospitalières étaient augmentées par la construction simultanée, sous baraques ou pavillons de briques, des hôpitaux 5, 6 et 7.

Pendant le séjour dans le camp retranché, jusqu'à fin de mai, les camps furent toujours l'objet de précautions extraordinaires au point de vue de la propreté, aussi bien des terrains, des locaux, tentes ou baraques que des hommes ; dès le mois de février — beaucoup trop tôt, c'est certain, — on avait commencé la lutte antipaludique : je dis beaucoup trop tôt, poussés par des impatients sans la moindre expérience de paludisme, parce qu'il n'y avait encore aucun moustique, que la quinine distribuée l'était donc en pure perte, et que les précautions prises pour assainir les terrains furent complètement annihilées par les pluies abondantes et les inondations du printemps, qui étendirent à toute la vallée du Vardar les marais qui d'habitude n'en couvrent qu'une partie, déjà très vaste, il est vrai.

A la fin de mai, les troupes quittèrent le camp retranché pour se poster dans la direction de Doiran. La troisième période commençait, celle des opérations de Monastir, qui dura jusqu'à l'été suivant.

Au point de vue de l'organisation, elle est caractérisée par le développement considérable des ressources hospitalières, tant à Salonique que sur les voies de communication, et des moyens de ravitaillement des corps de troupe et des formations de l'avant ; il nous suffira, pour le démontrer, d'indiquer le nombre d'hôpitaux et autres formations sanitaires qui fonctionnaient l'été de 1917.

Au moment où les troupes avaient quitté le camp retranché, l'État-Major avait mis à notre disposition pour en faire un hôpital le terrain de Samli, occupé par l'État-Major de deux divisions qui y avaient campé, et qui offrait les avantages d'être près de Salonique, entre deux routes et trois lignes de chemins de fer, et d'avoir de l'eau à discrétion, par un château d'eau établi sur le Gallio ; le terrain, sablonneux et perméable, était très absorbant et aucune flaque ne restait à la surface. Le Service de Santé conserva Gradobor, qui fut agrandi d'un dépôt de convalescents sur la hauteur où jaillissait une source, et Sedes, malgré le départ de l'armée serbe de la vallée de Vasilia, à cause de son excellente situation et de l'abondance de l'eau.

On avait d'abord songé à utiliser les hôpitaux de Corfou pour y envoyer les Serbes, mais la Marine estima qu'elle ne pouvait assurer ces transports avec les bateaux-hôpitaux qu'elle possédait, et que, d'autre part, une fois guéris, les hommes envoyés dans cette île rejoignaient leur corps, ne pouvant être transportés que par des bateaux ordinaires, non couverts



VUE GÉNÉRALE.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK.



OBSÈQUES D'UN INFIRMIER.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK

par la Croix de Genève et, par conséquent, exposés à tous les risques de la guerre sous-marine. Il fut alors décidé que ces hôpitaux seraient transportés à Salonique ; de plus, les Anglais avaient mis à la disposition du Service de Santé français, qu'on avait chargé d'hospitaliser les Serbes, cinq hôpitaux faisant environ 7.000 lits. C'est avec ces ressources que fut constitué l'ensemble du Service de Santé.

Les armées serbe et française, refoulant rapidement les Bulgares, arrivèrent en novembre dans la plaine de Monastir jusqu'à cette ville, qui ne retomba plus aux mains de l'ennemi, mais fut incessamment bombardée jusqu'au moment où le front bulgare fut rompu. Plusieurs hôpitaux furent organisés dans cette direction : à l'avant Florina, à l'abri de l'artillerie ennemie, et, sur la ligne de chemin de fer, un hôpital de relai et d'évacuation, à Excisou, terminus momentané du chemin de fer après la destruction du viaduc de ce nom par les Bulgares dans leur retraite ; à Sorovitch et à Vertekop, des hôpitaux anglais pour les Serbes ; à Verria un grand hôpital français et des infirmeries de gîtes d'étape tout le long de la route. Lorsque, au printemps de 1917, le général essaya de rompre le front bulgare sur la Czerna, ce que fit plus tard le Général Franchet d'Espérey, la voie ferrée avait été continuée jusqu'auprès de Monastir et un grand hôpital d'évacuation et de relai fut établi à Sakulevo, tête de ligne pour Florina et les troupes des deux rives de la Czerna, remplaçant Excisou qui fut néanmoins conservé comme relai ; le seul train sanitaire que nous possédions à la fois pour les Français, les Serbes, les Russes et les Italiens ne pouvait que faire la navette de Sakulevo à Excisou sans jamais pouvoir faire le trajet de Salonique. Il déposait, pour y passer la nuit, les blessés à Excisou ; le lendemain, ceux qui n'étaient pas gardés dans cet hôpital descendaient vers Salonique par les trains de ravitaillement aménagés.

Lorsque, plus tard, les troupes furent engagées en Albanie dans la région des lacs, l'absence des voies ferrées et les difficultés des communications, qui, dans les premiers mois, avaient rendu les évacuations si pénibles, une partie du trajet devant être faite sur mulets avant d'arriver aux voitures qui ne pouvaient passer le col de Pisoderi, parfois infranchissable aux mulets eux-mêmes, nécessitèrent la création d'un gros centre à Koritza, sur lequel les ambulances des divisions opérant dans la région des lacs, évacuèrent leurs malades et blessés ; Koritza dirigeait ensuite sur Florina tous ceux qui étaient dans les conditions d'être transportés en France.

La route de Santi-Quaranta fut toujours impraticable aux convois sanitaires, comme M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État, put s'en rendre compte lorsqu'il vint inspecter l'Armée d'Orient ; aussi ne songea-t-on jamais à évacuer par cette voie. Pour raccourcir la distance à franchir sur mer et réduire les



Photo Gay-Bonnet.

UN CONCERT.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK.

risques des sous-marins, on créa une base à Itea, où le Service de Santé installa un hôpital d'évacuation avec un relai à Braslo, endroit où les évacués quittaient le train pour prendre les autos sanitaires ou les camions.

Organisation générale.

La Macédoine était loin de France et ne se trouvait reliée à la métropole que par les navires dont la circulation était, en tout temps, difficile, et fut parfois interrompue : la première chose à faire était donc de développer nos hôpitaux, de façon à pouvoir faire face à toutes les éventualités. La certitude que, quoi que l'on fasse, le personnel du Service de Santé était et serait toujours insuffisant, nous conduisit à adopter de grands hôpitaux, au minimum de mille lits, et de grandes salles obtenues souvent par la réunion de deux baraques en une seule, et à proposer au Sous-Secrétaire d'État l'utilisation des hangars Bessonneau de l'aviation, comme moyens d'hospitalisation, surtout dans les hôpitaux d'évacuation ; notre proposition fut adoptée, après un rapport sur l'utilisation du premier hangar qu'on nous avait adressé pour l'expérimenter, et chacun sait les services qu'ils rendirent partout pour le même nombre de lits : deux hôpitaux de 1.500 lits chacun exigent beaucoup moins de personnel et de services généraux que trois hôpitaux de 1.000 lits chacun ; d'autre part, en groupant les hôpitaux et les services, comme les réserves du matériel, les ateliers de réparations, la production de l'électricité, le blanchissage, on facilite le ravitaillement de chaque formation, ainsi que le transport et la répartition des blessés et malades de l'hôpital d'évacuation aux hôpitaux de traitement ; c'est ainsi que nous avons procédé, à Salonique, en faisant un véritable quartier, dit quartier des hôpitaux, et partout où les conditions locales nous ont permis d'installer plus d'un hôpital.



UNE REPRÉSENTATION AU THÉATRE DE PLEIN AIR. — LES ARTISTES.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 1, A ZEITENLIK.

Le Service de Santé, avec des infirmiers, montait lui-même tous les hôpitaux sous tentes ou baraques, tandis que le Génie construisait ceux faits de pavillons en briques ; mais la méthode adoptée par le Service de Santé, et que nous avons fait prescrire par le Général Sarrail comme méthode générale, était la suivante : terminer tous les services généraux, provisoires ou définitifs, avant les locaux destinés aux malades et blessés. De cette façon, on pouvait, suivant les besoins, ouvrir l'hôpital quand on le voulait, sans attendre que le dernier clou eût été planté ou le dernier coup de pinceau donné : des hôpitaux ont été ouverts, surtout au début, avec une baraque de 24 lits et se sont progressivement développés jusqu'à 1.500 et 2.000 lits : en outre, lorsque les services généraux étaient prêts, en cas d'urgence, on dressait des tentes sur le terrain de l'hôpital, qui fonctionnaient momentanément avec ces abris jusqu'à ce que les locaux définitifs fussent disponibles ; je ne crains pas d'affirmer que cette méthode nous a permis d'être toujours prêts au moment voulu, et que nous aurions été souvent dans un grand embarras avec toute autre façon de faire.

Le ravitaillement était assuré par la Réserve sanitaire générale, admirablement organisée à Salonique, et pour éviter les lenteurs et les retards inhérents au pays lui-même, presque dépourvu de voies de communication, par des réserves secondaires établies à certains points de l'avant, Gumerdje, Sakulevo, Koritza ; pendant plus de six mois, à la fin de 1917, aucun camion du Service de Santé ne put arriver à Koritza et les approvisionnements qui y avaient été envoyés auparavant permirent à cette réserve d'assurer pendant ce temps le ravitaillement de l'hôpital et celui des divisions qui opérèrent en Albanie.



VUE GÉNÉRALE.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 6, A SALONIQUE.

Pathologie de l'Armée d'Orient.

Du 12 octobre 1915 au 1er février 1918, les formations sanitaires de l'Armée d'Orient reçurent exactement, en dehors des Serbes, des Russes, d'un certain nombre de Grecs et d'Albanais : 283.583 hommes, blessés ou malades.

Ce chiffre ne représente que les hommes assez atteints pour être hospitalisés dans les hôpitaux ou les ambulances, un grand nombre de cas légers étant conservés dans les corps de troupes qui organisaient de petites infirmeries.

Sur ces 283.583, on trouve : 44.472 blessés et 239.111 malades.

On voit donc qu'à l'Armée d'Orient, contrairement à ce qui s'est passé en France, il y a plus de malades que de blessés, ce qui ne surprendra personne, vu les conditions de la campagne d'Orient.

Sur ce nombre de 283.583, 174.866 rejoignirent leur corps respectif, 103.535 furent évacués en France, 5.282 succombèrent : soit mortalité générale 1,80 %.

Sur les 5.282 décès, il y a : 1.911 blessés, soit 4,37 % ; 3.271 malades, soit 1,36 %.

Si nous divisions le chiffre des malades, 232.111, en malades atteints d'affections générales et malades atteints d'affections épidémiques ou contagieuses, nous avons les chiffres suivants : 149.059 cas de maladies générales, 90.052 cas de maladies contagieuses ou épidémiques.

Nous laisserons de côté ce qui a trait aux maladies épidémiques banales comme la rougeole, la diphtérie, etc..., qui n'ont rien présenté de particulier et n'ont jamais pris d'extension épidémique véritable, pour nous borner à relever les particularités propres à l'Armée d'Orient.

Affections typhoïdiques, dysentériques et palustres : les affections typhoïdiques nous ont donné 2.244 cas avec 267 décès, soit 11 %.

La plupart des cas ont été observés chez des hommes non vaccinés, surtout chez les officiers et des médecins ; un certain nombre ont été contractés en cours de route, surtout lorsque les hommes prirent le chemin de Tarente. Les vaccinations soigneusement faites à l'Armée d'Orient empêchèrent l'extension épidémique de ces affections. A signaler que l'armée grecque, très atteinte, fut vaccinée au lipo-vaccin, réservé pour elle exclusivement, et qu'elle vit s'arrêter immédiatement l'épidémie qui la menaçait. La dysenterie, venue avec la division des Dardanelles, fut observée en tout temps, avec des exacerbations estivales, comme il fallait s'y attendre.

Bien que l'été de 1917 fût moins chaud et que les conditions de l'armée fussent meilleures qu'en 1916, les cas étaient plus graves et souvent compliqués d'abcès du foie ; on trouvait les deux formes, amibienne et bacillaire, cette dernière sans qu'on puisse l'attribuer toujours à un bacille connu.

La dysenterie causa 10.440 entrées aux hôpitaux avec 352 décès, soit 3,32 %.

Le paludisme a été le grand facteur morbide de l'Armée d'Orient, mais il est loin d'avoir causé les désastres qu'on s'est plu à lui attribuer.

Le nombre des entrées dans les formations est exactement de 69.173, dont 12.406 cas de paludisme de première invasion, et 56.767 cas de paludisme ancien (revenus ou rechutes). Sur ce nombre, 854 ont succombé, soit 1,23 %.

Ces chiffres sont inférieurs à la réalité ; n'entre pas dans ce total le nombre des hommes qui continuèrent leur service, traités au corps, et qu'il est difficile d'évaluer. J'ai admis qu'en septembre 1916,



VUE GÉNÉRALE.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 3, A SALONIQUE.

la 122e division, qui occupait la rive droite du Vardar, n'avait pas loin de 80 % d'hommes impaludés dont beaucoup ne furent jamais hospitalisés; c'était la plus touchée avec la 156e. Quant au chiffre des décès, il devrait être augmenté de ceux, peu nombreux, qui succombèrent pendant la traversée ou en France, d'après les renseignements que j'ai pu avoir de diverses sources.



HOPITAL TEMPORAIRE N° 6, A SALONIQUE.

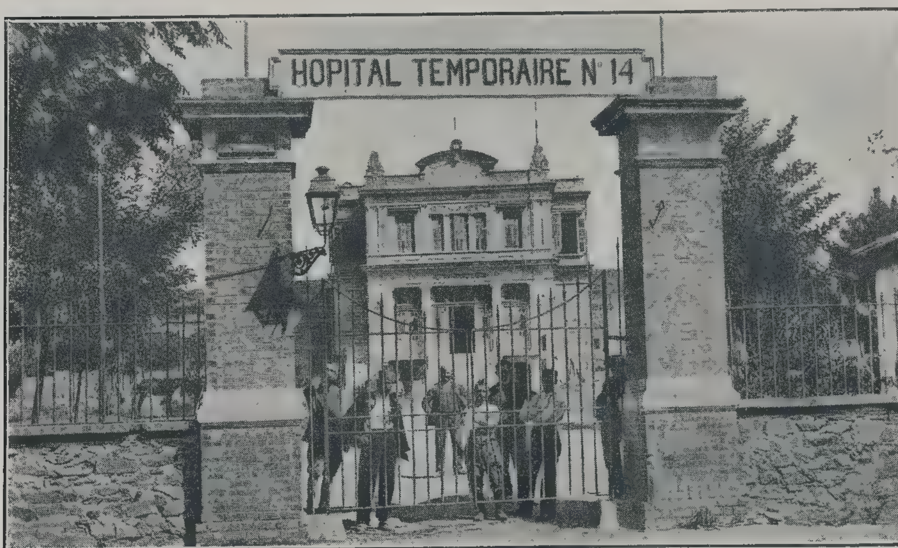
Le simple examen des chiffres du paludisme de première invasion et des rechutes ou paludisme secondaire montre nettement l'illusion de ceux qui croient guérir le paludisme en restant dans le pays paludéen; le paludisme ne guérit qu'en pays non impaludé, et très lentement.

Dans un autre ordre d'idées, les conclusions de tout ce que j'ai vu sont que la préservation totale contre le paludisme d'une armée qui fait la guerre en pays aussi palustre que la Macédoine est impossible ; on n'arrivera pas à empêcher, dans les conditions résultant de la guerre, les inoculations dues aux millions de moustiques qui s'abattent sur les troupes ; la quininisation préventive à haute dose est la seule mesure à résultats importants ; elle ne préserve pas, elle non plus, du paludisme, au sens rigoureux, mais elle fait du paludisme atténué, et même latent, et empêche ou diminue les accès pernicieux, ce qui est déjà énorme. En novembre 1917, un groupe d'infirmiers, parmi lesquels plusieurs ecclésiastiques, par conséquent hommes capables de bien s'observer, demandèrent à leur médecin-chef s'il était utile de continuer la quinine qu'ils prenaient régulièrement tous les jours depuis deux ans, même au cours de leur permission en France : ils n'avaient jamais eu la moindre manifestation et l'examen du sang, fait régulièrement à l'hôpital, n'avait jamais décelé un seul hématozoaire. Ils cessèrent donc leur quinine et, quinze jours après, la plupart avaient des accès, légers il est vrai, et des hématozoaires dans le sang ; la quinine prise journellement avait chez eux maintenu le paludisme à l'état latent.

A titre de document, je dirai qu'en 1917, le Service de Santé français distribua aux armées française, serbe, russe et grecque 26.000 kilos de comprimés de quinine et utilisa plus d'un million d'ampoules de quinine en injections, l'armée française étant de beaucoup la mieux approvisionnée sous ce rapport.

Les autres maladies épidémiques ou contagieuses n'atteignirent jamais un grand développement ; le typhus en particulier, qu'on redoutait si fort, se borna à quelques cas isolés dans les différentes armées et ne prit jamais d'extension ; le total des cas ne dépasse pas la trentaine dans toute cette période pour les armées française, serbe et russe. Il en fut de même pour les autres armées alliées, Anglais, Italiens et Serbes ; ils furent également très rares dans la population civile, malgré la misère qui régnait, surtout en Albanie.

Quelques cas de peste bubonique dans la population civile de Salonique nous incitèrent à créer un laboratoire spécial pour l'examen des rats et une équipe de dératisation ; à plusieurs reprises, ce laboratoire reconnut de petits foyers de peste chez les rats, contre lesquels on prenait immédiatement toutes les mesures nécessaires.



HOPITAL HIRSCH A SALONIQUE.

Chirurgie

Les blessures de guerre en Orient ne présentent rien de particulier ; comme en France, la plus grande partie était produite par des éclats d'obus, les plaies

par balles étaient rares. Le nombre total des hospitalisés, avons-nous dit, a été de 43.472, avec 1.911 décès, soit 4,37 %.

Les nombreux services de chirurgie étaient fort bien organisés, le matériel ne nous ayant jamais manqué, et presque toutes les ambulances du front, les chirurgicales au moins, avaient des baraques opératoires et des installations portatives de radiologie.

Des services spéciaux pour les yeux, les oreilles, la chirurgie faciale et dentaire furent créés très rapidement, puisque, dès février 1916, ils pouvaient remplacer les services du bateau *Charles-Roux* ; plus tard, des services spéciaux furent créés à l'avant pour diminuer, autant que possible, les envois d'hommes sur Salonique et l'encombrement des trains.

Au point de vue des blessés, la question la plus importante et la plus difficile à résoudre fut celle du relèvement et du transport jusqu'au point où arrivaient les voitures sanitaires automobiles. Ceux qui ont parcouru le front macédonien, en zone montagneuse, peuvent seuls se faire une idée de ce que fut ce transport. En certains points, des blessés durent être descendus à bras pendant plusieurs heures, avant de pouvoir être mis sur un brancard pour atteindre les mulets de litières ou de cacolets qui les conduisaient ensuite aux automobiles, parfois encore éloignées; pendant l'hiver, il y avait parfois impossibilité de descendre les hommes pendant plusieurs jours. Dans l'hiver de 1916-1917, lors de l'occupation de la crête de Péristeri, dominant Monastir, la neige atteignait deux mètres, la température 27°. On profitait des intervalles des bourrasques pour descendre les blessés et les malades ; le médecin-major Weber, actuellement professeur d'anatomie à Genève, alors chef de service, sur sa demande, d'un régiment d'Algérie, m'écrivait : « Je comprends maintenant les souffrances des explorateurs polaires ». Malgré cela, grâce aux abris en pierres sèches, aux couvertures, que l'on avait en abondance, et aux réchauds à alcool solidifié, il n'y eut aucun accident dû au froid, dans les abris ou les postes de secours.



VISITE DU PRINCE HÉRITIER DE SERBIE.
HOPITAL TEMPORAIRE N° 6, A SALONIQUE.

Les évacuations par les voies ferrées furent rendues difficiles par l'impossibilité où se trouva l'État-Major de faire circuler un train sanitaire de Salonique à Florina ; la voie ne suffisait pas aux trains de ravitaillement, et il n'était pas possible de faire remonter un train à vide. Le train sanitaire qui nous avait été donné fit la navette entre Sakalevo et Excisou, évacuant en même temps les malades et blessés italiens et serbes ; de là, jusqu'à Salonique, on utilisait les trains de ravitaillement de retour.

Au point de vue chirurgical proprement dit, il y a à signaler la fréquence extrême des anévrismes artérioso-veineux, anciens chez les soldats serbes, blessés dans la guerre précédente contre la Turquie : beaucoup avaient pu vivre sans trop de troubles, mais, quand vinrent les fatigues de la campagne macédonienne, il n'en fut plus de même et beaucoup demandèrent à être opérés.

D'après nos observations, les dangers à éviter sont l'infection d'une part, la grosse hémorragie opératoire d'autre part. Si le foyer opératoire s'infecte et suppure, on a de grandes chances de voir survenir la gangrène des membres; de même après une très grosse hémorragie, il semble que la pression sanguine ne soit plus suffisante pour rétablir la circulation en aval du siège de la lésion.

Nous avons vu parfois de la gangrène des extrémités avec des anévrismes astérioso-veineux de la racine des membres, récents ceux-là. A notre avis, il n'y faut pas toucher avant d'avoir amputé la partie mortifiée, sinon on risque des accidents septiques qui peuvent devenir très graves ; la pratique est d'amputer d'abord et de n'opérer l'anévrisme qu'ultérieurement, après guérison du moignon.

RUOTTE,

Médecin Inspecteur Général.

LE SERVICE DE SANTÉ EN GRÈCE (CORFOU)

Reconstitution de l'Armée serbe.

La ville de Corfou est une des plus pittoresques du proche Orient.

Entourée de jardins et de vergers luxuriants où dominent de beaux néfliers et de superbes orangers au feuillage toujours vert, elle s'étage en pente douce le long du rivage de la mer, piquée, de-ci de-là, de petits bosquets aux frondaisons abondantes, derrière lesquels se cachent de riches villas tapies dans la verdure, dans les palmiers, dans les oliviers, sur les petits caps, et comme endormies sous l'encorbellement des glycines, des bougainvilliers et des volubilis aux tons les plus éclatants et les plus variés.

Sa rade est immense; de rares bateaux la traversaient autrefois ; en 1916, elle prit subitement, à l'occasion du débarquement des troupes alliées, un développement considérable, au point qu'en quelques semaines, elle se transforma en une sorte de grand arsenal français, où vinrent stationner de nombreux navires, notamment en 1916-1918, au plus fort de la guerre sous-marine, époque à laquelle les habitants de l'île purent y admirer d'énormes cuirassés, de gros transports, de véritables ateliers flottants, de petits bâtiments de service et de superbes navires-hôpitaux au milieu desquels le pavillon français dominait, salué, matin et soir, par les accents de la *Marseillaise*. Partout, dans le port et sur les quais, résonnaient des langues multiples et les uniformes les plus variés s'y coudoyaient avec les divers types de races.



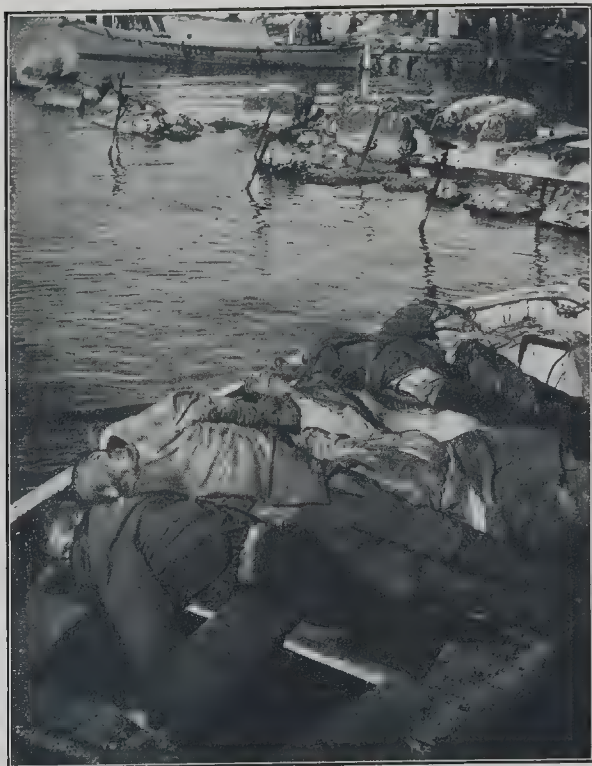
SOLDATS SERBES MORTS DE PRIVATIONS ET DE MALADIES
A LEUR ARRIVÉE A VIDO (CORFOU) APRÈS LA RETRAITE DE L'ARMÉE SERBE (1915-1916).

On y voyait en effet les Alpins français, petits et alertes, aux pieds ailés, le coquet béret sur l'oreille, à côté de soldats anglais, longs et placides ; puis vinrent successivement des tirailleurs sénégalais, au visage noir de jais, à la démarche pesante et lourde; des zouaves avec leur chéchia rouge, se mêlant aux hautes statures des Serbes et des Monténégrins, droits même sous le grand malheur qui venait de s'abattre sur leur patrie et les terribles épreuves subies au cours d'une retraite unique dans l'histoire, retraite qui révéla la valeur combative de l'armée serbe, bien plus que toutes les batailles qu'elle avait livrées et les victoires qu'elle avait remportées jusque-là.

Les soldats qui résistèrent à cette retraite, aujourd'hui légendaire, où la faim, les fatigues de toutes sortes et les épidémies décimèrent la moitié de



ILE DE VIDO (CORFOU) 1915-1916.
CADAVRES DE SOLDATS SERBES HISSÉS SUR DES BARQUES.



ILE DE VIDO (CORFOU) 1915-1916.
BARQUES CHARGÉES DE CADAVRES DE SOLDATS SERBES TRANSPORTÉS A BORD DU BATEAU-HOPITAL QUI IRA LES IMMERGER EN PLEINE MER.

leur effectif, arrivèrent sur les côtes de l'Adriatique en haillons, presque nus, couverts de vermine, hâves et maigres, pareils à des fantômes.

Ils n'étaient plus que l'ombre d'eux-mêmes, de véritables spectres qui, aux premiers jours du débarquement, moururent par centaines pour s'être alimentés trop tôt, après un jeûne de plusieurs semaines. Heureusement les Français, surmontant toutes les difficultés, arrivèrent assez à temps pour les recueillir et parer aux dures nécessités dictées par les circonstances.

En moins de quelques semaines, grâce à l'effort de tous, l'armée serbe put retrouver toute sa force, sa vigueur, sa combativité.

Son débarquement à Corfou s'était fait précipitamment, sans étude approfondie des ressources que la petite île pouvait fournir à des soldats pressés par tant de besoins, car leur transport hâtif avait été imposé par une nécessité suprême. Cette hâte fut d'ailleurs une des raisons essentielles pour lesquelles le débarquement et le cantonnement des troupes n'avaient pu être préparés à l'avance avec tout le soin désirable.

Il en résulta un état sanitaire mauvais, qu'aggravèrent de jour en jour l'insuffisance du ravitaillement et l'épuisement des stocks de vivres entretenus par la population civile, mais cette situation critique ne se prolongea pas longtemps. Bientôt des navires français et anglais, chargés d'approvisionnements de toutes sortes, affluèrent à Corfou, et dès lors la mission française, et plus spécialement le Service de Santé, purent s'employer à adoucir les inexprimablesx souffrances des milliers de soldats qui, épuisés par des privations de toutes sortes, attendaient aux portes des hôpitaux et des ambulances en voie de construction, l'heure où ils verraient enfin luire le rayon d'espoir qui les arracherait aux affres de la mort horrible dont beaucoup d'entre eux ressentaient déjà les cruelles atteintes.

Le Service de Santé fut le premier et le principal artisan de la réorganisation de l'armée serbe.

Les premières troupes arrivées à Corfou y débarquèrent, le 23 janvier 1916. Elles s'y succédèrent, depuis, chaque jour, presque sans interruption.

Malgré des difficultés sérieuses, inhérentes à tout débarquement en pays étranger, les différents organes nécessaires au fonctionnement du Service de Santé purent être constitués très rapidement.

C'est ainsi que furent installés successivement une direction du Service de Santé, une réserve de matériel, une réserve de médicaments, un hôpital de 3.000 lits, un laboratoire.

L'arrivée du matériel nécessaire au fonctionnement de ces formations coïncida presque avec le débarquement des troupes, mais ne le précéda pas, ce qui ne permit pas de donner un abri immédiat aux malades qui en avaient un pressant besoin.

Il fallut donc tout improviser d'extrême urgence et faire face aux plus sérieuses difficultés, car Corfou était dépourvu de tout, et les autorités locales ne mettaient pas d'empressement à faciliter la tâche de la mission française installée récemment dans la ville.

D'autre part, les navires-hôpitaux se succédaient dans le port à quelques jours d'intervalle seulement, apportant un matériel sanitaire considérable, entreposé à la



BARQUE TRANSPORTANT DES CADAVRES AU BATEAU CHARGÉ DE L'IMMERSION AU LARGE DE LA MER IONIENNE.

hâte dans plus de trente magasins de la ville, en attendant sa réexpédition sur les diverses formations sanitaires en voie de création.

Ces formations qui dès le 10 février étaient au nombre de huit, purent fonctionner activement à partir de cette date, c'est-à-dire quinze jours seulement après le premier arrivage des Serbes à Corfou.

Dès le commencement de mars 1916, presque toute l'armée serbe se trouvait réunie à Corfou, à l'effectif de 133.959 hommes. Sur ce nombre, 31.295 soldats, y compris ceux traités dans les ambulances des camps serbes (1), furent admis dans les différents hôpitaux de l'île.

SOLDATS SERBES ATTENDANT EN PLEIN AIR LEUR TOUR D'HOSPITALISATION.

Bien qu'organisés à la hâte, ces hôpitaux furent en état de recevoir, dès le mois de mars 1916, un nombre de malades qui varia entre 500 et 3.000 par formation. Le ravitaillement s'effectuait à la fois par terre et par mer, au moyen de camions automobiles et par chalands.

Parmi les 31.295 malades hospitalisés, plus de 3.000 furent atteints d'affections contagieuses (dysenterie, fièvre typhoïde, typhus, entérite cholériforme, méningite, variole, etc.) et durent, comme tels, être soignés dans un service spécial de contagieux créé d'urgence, qui augmenta considérablement le travail du personnel du Service de Santé, dont les dangers auxquels il se trouva exposé devinrent, à partir de cette époque, vraiment très sérieux.

La morbidité et la mortalité atteignirent, en effet, pour un effectif global de 378 unités, les chiffres suivants :

	EFFECTIFS	DÉCÉDÉS	ATTEINTS DE MAL. CONT.	ÉVACUATION	TOTAL
Officiers (Médecins, Officiers d'Administration, Pharmaciens)	62	1	15	13	29
Soldats	576	3	82	46	131
Infirmières	40	»	5	3	8

Mortalité de l'Armée Serbe.

Le nombre des décès survenus parmi les troupes serbes s'est élevé à 5.818; les pertes les plus considérables se produisirent au début de l'occupation de Corfou, en février 1916, au moment du débarquement, alors que, manquant d'abris, les soldats campaient à la belle étoile exposés à toutes les intempéries. Dans une seule formation (l'hôpital de Vido comprenant 2.000 lits où les malades, arrivant par centaines à la fois, avaient dû être entassés, en attendant leur répartition sur d'autres formations) le chiffre des décès s'est élevé, parfois, à 200 par jour environ. C'est ainsi qu'un bateau spécial dut être aménagé pour le transport et l'immersion



ILE DE VIDO (CORFOU) 1915-1916.
LE PRINCE HÉRITIER DE SERBIE ARRIVE A VIDO POUR L'INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ AUX SOLDATS SERBES MORTS POUR LA PATRIE.

(1) Ambulances et hôpitaux de campagne attachés aux camps serbes et à chacune des divisions Morava, Danube, Vardar, Timok, Choumadia, Drina.

au large de la mer Ionienne des décédés contagieux. Cet aperçu succinct permet de mesurer l'œuvre considérable accomplie par le Service de Santé à Corfou. Arrivé le premier dans l'île, il s'y multiplia et, malgré une situation sanitaire des plus précaires, malgré l'absence des premières ressources indispensables, malgré les difficultés d'une organisation hâtive, où le concours de la population civile lui fit presque entièrement défaut, il réussit à mener à bonne fin la tâche ardue qui lui incombait. Dès le mois de mai 1916 en effet l'armée serbe était entièrement reconstituée, à l'effectif de 125.000 combattants (officiers compris), et elle se trouvait en état d'entrer en campagne. Elle le prouva, d'ailleurs, en se hâtant de quitter Corfou pour aller prêter main-forte à l'armée française, à Salonique.

Mais cette tâche immense, grandiose, qui constituera une des plus belles pages du Service de Santé, ne put être couronnée de succès que grâce à l'activité, à l'énergie, au courage et à l'inlassable dévouement de tous ceux auxquels le *Journal Officiel Serbe* du mardi 26 juillet 1916 rendait hommage dans un article émouvant intitulé « Nos Sauveurs ».

Nous croyons intéressant de donner ci-dessous quelques extraits de cet article :

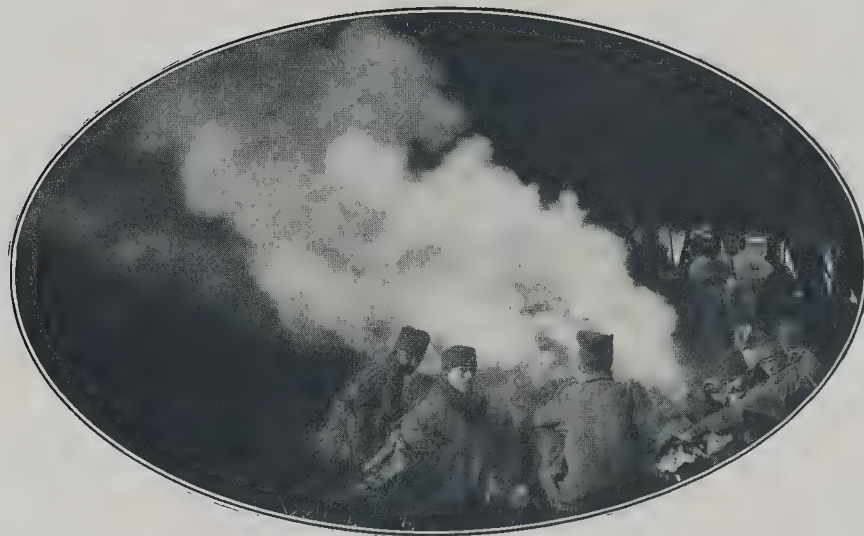
Nos alliés, auxquels nous demeurerons fidèles jusqu'à la fin, ont loué et reconnu la légitimité de notre guerre.

Aussi notre fidélité à leur cause et notre héroïsme s'en trouvent récompensés. Notre reconnaissance pour eux est immense et notre peuple fera en sorte qu'ils n'auront jamais à se repentir de nous avoir recueillis au moment où nous manquions de tout, que nous étions las, malades, perdus. Qu'ils veuillent bien recevoir notre chaud remerciement.

Nos amis ont été nos sauveurs, et particulièrement les Français, qui, venus à nous jusqu'en Albanie, nous ont trouvés mourant de faim et de soif et nous ont aidés à atteindre le port de Saint-Jean-de-Médua, où ils avaient pris soin de débarquer préalablement pour nous une grande quantité de vivres et de matériel sanitaire.

Aujourd'hui encore, non seulement ils nous nourrissent, mais ils nous soignent et nous guérissent. Ils nous estiment aussi, puisqu'ils combattent avec nous le même ennemi. Aussi, nos Alliés français demeureront nos amis éternels, et c'est pourquoi nous prenons soin de noter spécialement les noms de tous ces généreux bienfaiteurs (hommes et femmes) venus si cordialement à notre secours au moment où nous en avions un si pressant besoin.

GIOVALUCCHI,
Officier d'Administration Principal
du Service de Santé Militaire.



ILE DE VIDO (CORFOU) 1915-1916.
BRANCARDIERS AUTOUR DU FEU.

CHAPITRE XVIII

LE SERVICE DE SANTÉ EN CAPTIVITÉ

Une des pages les plus méconnues de l'histoire du Service de Santé pendant la Grande Guerre est, sans contredit, celle de sa captivité.

Parmi les prisonniers si longtemps demeurés aux mains de l'ennemi, il s'est trouvé — le sait-on ? — des Français qui, tout en souffrant avec leurs frères d'infortune les tortures physiques et les épreuves morales de la captivité, ont eu l'insigne privilège de poursuivre sur le sol étranger la mission bienfaisante qu'ils remplissaient à l'heure des combats et n'ont, ainsi, jamais cessé de servir leur pays.

Il faudra que quelque jour s'écrive ce chapitre de notre histoire, dont les documents se trouvent déjà réunis aux Archives du Musée du Val-de-Grâce. Là, 456 rapports, dont certains sont de longs mémoires, rédigés par les officiers du Service de Santé à leur retour de captivité, retracent, de la façon la plus saisissante et la plus détaillée, ce que fut l'existence des sanitaires prisonniers (1).

Sie sind ganz frei !...
(Vous êtes tout à fait libre !)



DEUX MÉDECINS FRANÇAIS
DANS LA PRISON CIVILE DE ZWEIBRUCKEN.

Il n'est pas de lecture plus émouvante que celle de ces dépositions, écrites sans haine, sous la foi du serment, par 388 médecins, 30 pharmaciens, 31 officiers d'administration, quelques aumôniers, avec le scrupuleux désir de traduire fidèlement ce qu'ils ont fait et ce qu'ils ont vu, au cours d'une captivité qui, abrégée pour quelques privilégiés ou quelques malades, pour la plupart approcha ou dépassa une ou deux années.

Je voudrais que ces quelques pages reflétassent le sentiment exact qui se dégage de cette attachante lecture.

Elles n'entendent point dresser ici un réquisitoire et furent écrites avec le souci constant de l'impartialité, mais nul ne doit plus ignorer que, parmi les atteintes au droit des gens dont l'Allemagne s'est rendue coupable, au cours de cette guerre, doit être comptée la violation flagrante de la Convention de Genève à laquelle, le 6 juillet 1906, elle avait solennellement apposé sa signature.

* * *

Aux termes de la Convention de Genève, le personnel sanitaire tombé entre les mains de l'ennemi ne doit pas être traité en prisonnier de guerre (art. 9) ; il doit être rapatrié dès que son concours n'est plus indispensable, dans les

(1) Ces rapports, fournis en exécution d'un ordre ministériel, ne correspondent pas absolument à la totalité des officiers du Service de Santé capturés.

Les pertes du Service de Santé en prisonniers, étaient, au moment de l'armistice, d'après les renseignements qui m'ont été donnés sous toutes réserves, de 560 médecins, 52 pharmaciens, 36 officiers d'administration, 11 aumôniers.

Le personnel sanitaire rapatrié d'Allemagne s'élèverait au total de 10.185 unités, y compris infirmiers et brancardiers.



PRISONNIERS FRANÇAIS TRAITÉS DANS L'AMBULANCE DE LA PRISON DE ZWEIBRUCKEN. AU CENTRE LEUR MÉDECIN, LE MÉDECIN-MAJOR MANGENOT.

délais et suivant l'itinéraire compatible avec les nécessités militaires, en emportant les effets, armes, instruments qui sont sa propriété personnelle (art. 12) ; il a droit enfin, chez l'ennemi, à la solde que celui-ci attribue au personnel du même grade dans son armée (art. 13).

Nous aurons l'occasion de constater, au cours de ces pages, la violation constante par l'Allemagne de chacune de ces dispositions.

Certes, tous les médecins français ont cru de leur devoir de rester, après leur capture, auprès des blessés qui réclamaient leurs soins. Chaque fois que l'ennemi a fait appel à leur esprit de sacrifice pour prolonger délibérément leur captivité en vue d'assister des malades de leur nationalité, nul d'entre eux n'a hésité, mais ils ont unanimement protesté contre l'illégalité du régime pénitentiaire qui leur était infligé et contre un maintien qui se prolongeait au delà de toute nécessité réelle, alors que les armées avaient besoin de leurs services.

Avec une mauvaise foi dont il a donné tant de preuves, le gouvernement allemand a voulu justifier sa conduite en invoquant les délais prévus par la Convention de Genève et les nécessités de la guerre.

« Vous n'êtes pas prisonniers, est-il invariablement répondu aux protestataires ; on vous maintient ici pour vous soustraire à l'animosité du peuple allemand et en prévision de votre utilisation éventuelle pour le traitement de vos nationaux. Vous serez libérés dès que les circonstances le permettront. »

Cette interprétation abusive de l'article 12 de la Convention de Genève, répétée comme un mot d'ordre venu d'en haut, apparaît vraiment cynique, appliquée à des officiers d'administration dont les formations étaient dissoutes, à des groupes de 30 à 40 médecins voués, au sein d'une prison, à l'inaction professionnelle, dans l'attente de besoins hypothétiques, à d'autres, enfin, qui recevaient une utilisation figurative et se voyaient affectés, en surnombre, à des services insignifiants.

Parfois, il est vrai, d'autres raisons mensongères étaient fournies : la faute en incombait à la France qui refusait de rendre les sanitaires allemands, à la Russie qui les conservait en Sibérie, à la Belgique qui les maltraitait. Les mots de représailles et d'otages étaient alors prononcés.

Mais il arrive, parfois aussi, qu'officiers et médecins allemands n'essaient plus de déguiser la vérité. Étonnés de la foi candide gardée par les Français en la parole donnée, ils avouent ironiquement que la Convention de Genève « n'existe que sur le papier », que « c'est bon pour le temps de paix ». L'un d'eux déclare, avec un gros rire, qu'elle est « en caoutchouc ».

Enfin l'argument péremptoire est celui de la force : « La Convention de Genève ?... Nous connaissons cela, mais pour cette guerre-ci, en Allemagne, nous avons décidé autre chose. »

C'est ainsi que les officiers du Service de Santé, parfois pourvus d'un laissez-passer accordé, puis déchiré par les autorités allemandes, souvent embarqués dans un train qui, leur promet-on, les conduit à la frontière suisse, sont emmenés dans les prisons ou dans les camps germains.

Contre cette mauvaise foi, demeurent vaines les réclamations incessantes des intéressés, les démarches répétées auprès de la Commission internationale des prisonniers de guerre, enfin les protestations énergiques et indignées du gouvernement français, transmises par l'ambassade d'Espagne à Berlin.

Ces dernières commencent dès le 15 octobre 1914. Ce n'est que par l'emploi des représailles qu'elles obtiennent quelques rapatriements, le mois suivant, et d'importants convois en juillet 1915.

Mais en 1916, en 1917, les difficultés se renouvellent. Il faut arriver aux derniers mois de 1917 pour que l'Allemagne finisse par accepter, enfin, l'échange réciproque et périodique du personnel sanitaire officiellement identifié.

C'est pendant les premiers mois de la campagne, au cours notamment du repli de nos armées, que le personnel sanitaire a surtout été capturé, soit dans les formations fixes qui tombaient aux mains de l'ennemi, soit dans les formations mobiles, que l'afflux des blessés stabilisait, soit enfin sur le champ de bataille, où l'impérieux devoir du médecin de régiment, à l'heure de la retraite, est de rester en arrière, le dernier, face à l'ennemi, pour soigner les blessés.

Cette dernière tâche, qui doit rendre sacrée la personne du médecin, ne va pas sans périls, dans cette zone battue par les deux partis et devant le front d'une armée qui avance, enivrée par un succès éphémère. Souvent, médecins et infirmiers durent essuyer le feu des troupes allemandes, malgré le port apparent des insignes de neutralité. Les uns furent blessés, les autres, injustement accusés d'avoir organisé la défense de villages occupés par des francs-tireurs, furent brutalisés, frappés, menacés d'être fusillés et ne durent leur salut qu'à des causes fortuites.

C'est le personnel médical du 66e d'infanterie, qui, marchant à l'arrière-garde du régiment, le 8 septembre 1914, est visé par les troupes allemandes, pendant qu'il recueille et panse les blessés. Les quatre médecins aides-majors sont tués aux côtés de leur médecin chef. Celui-ci, atteint d'une balle, reste sur le terrain près de ses blessés.

Et durant vingt-quatre heures, oubliant sa propre blessure, il se prodiguera auprès de ses blessés, à qui les troupes saxonnes refuseront le moindre soin. Le lendemain, l'ennemi battu se retire ; ses camarades français le recueillent, à bout de forces. Sa blessure négligée lui vaut une forme grave de tétanos.

Ce sont les médecins du 2e d'artillerie coloniale et du 60e d'infanterie, qui, l'un à Rossignol, le 22 août, l'autre à Chevillecourt, le 20 septembre 1914, ont vu les tirailleurs allemands placer devant eux, en guise de boucliers, les blessés, les infirmiers, les brancardiers qu'ils venaient de capturer, et dont l'un est tué, l'autre touché par des balles françaises.

Ce sont les médecins du 14e hussards, qui, à Ethe (Belgique), le 22 août 1914, voient fusiller le long d'un mur, à la sortie du village, les blessés arrachés à leur poste de secours, leurs infirmiers désarmés et portant au bras l'insigne de la Croix-Rouge, tandis qu'un sous-officier, revolver au poing, achève les survivants. Eux-mêmes vont être exécutés ; ils n'obtiennent, au dernier moment, la vie sauve, que pour avoir reproché avec indignation son crime au général allemand qui a donné l'ordre sauvage : *Bis an dem letzten abgeschlagen !* « Abattez-les jusqu'au dernier. »

Je dois à la vérité de dire que de telles atrocités furent exceptionnelles, mais n'est-ce pas trop déjà qu'elles aient pu se produire et ne font-elles pas oublier par leur horreur l'attitude correcte, même courtoise, que beaucoup de médecins rencontrèrent, au moment de leur capture, sinon chez les soldats, au moins chez les officiers allemands ?

Ce que l'on vit souvent, c'est le manque de nourriture et de soins médicaux, dont nos blessés furent l'objet, sous les yeux de leurs médecins, privés de tout matériel sanitaire, durant les premiers jours passés dans les lignes adverses, alors que les blessés ennemis étaient, auprès d'eux, pansés et nourris.

Presque universellement aussi, les médecins français durent protester contre l'évacuation hâtive vers l'arrière de ceux de leurs blessés dont l'état ne permettait pas le transport.

Mais leurs protestations demeurent vaines, aussi bien que leurs réclamations désespérées quand, séparés de leurs hommes, on les embarquait, peu après, pour les camps ou les prisons de l'arrière.

Dès ce moment, et malgré l'assurance formelle d'une liberté officielle (*Sie sind ganz frei !*), ils comprenaient que l'Allemagne, une fois de plus, déchirait un « chiffon de papier ».

Comment en auraient-ils pu douter, lorsqu'on les emmenait, parqués en des wagons de marchandises, encadrés de sentinelles, baïonnette au canon, privés parfois de nourriture durant tout le voyage ? Comment se seraient-ils abusés, ceux à qui il advint de voir, aux arrêts dans les gares, les dames de la Croix-Rouge allemande apporter des gâteries aux sentinelles et leur refuser à eux-mêmes, ainsi qu'à leurs blessés, un verre d'eau ou un morceau de pain ? *Nichts für die Franzosen !* (Rien pour les Français !) leur est-il plus d'une fois déclaré. Et l'une de ces dames accompagne cette réponse d'un geste



SUR LE CHEMIN DU RETOUR.

expressif, où l'index se promène « gentiment » sous le nez, dit le narrateur, rappelant ainsi qu'il est bien Français.

Quelles illusions pouvaient-ils encore garder, lorsque, après avoir défilé entre des soldats en armes, parmi des populations souvent hostiles qui ne leur épargnent, en certains cas, ni injures, ni même crachats et menaces, on les enferme dans les mêmes forteresses et dans les mêmes camps où sont détenus les prisonniers de guerre ?

Au moment de décrire ce que fut, en ces lieux, la captivité du personnel sanitaire, je dois me défendre de porter une appréciation absolue sur les conditions d'existence qui lui furent réservées.

Le traitement des sanitaires prisonniers a été en effet trop inégal, les lieux de captivité trop dissemblables et sujets à des transformations trop nombreuses, le caractère de leurs geôliers et de leurs confrères allemands trop différent, pour qu'on soit autorisé à porter, en bloc, sur ce chapitre, un jugement dont l'entière sévérité ou l'excessive indulgence seraient également contraires à la vérité.

J'ai cru plutôt devoir montrer ici les aspects divers de l'existence vécue par les officiers du Service de Santé prisonniers, et exposer les côtés saillants du rôle qu'ils eurent à jouer au cours de cette longue épreuve.

* * *

Certains médecins ont dû au hasard, ou à des considérations de grade et d'aptitudes, le privilège d'être internés dans des hôpitaux, permanents ou temporaires de l'intérieur (Coblenz, Ulm, Zwickau, Konigsbrück, prison civile de Zweibrücken, etc...). Ils assuraient un service, médical ou chirurgical, de prisonniers alliés, ou collaboraient aux services des médecins allemands, pour la plupart hommes de valeur, avec qui les rapports furent généralement faciles, parfois empreints de courtoisie et même de bienveillance (1).

D'autres connurent la tristesse d'une longue attente dans des prisons, comme les forts d'Ingolstadt, les citadelles de Mayence, de Wesel, de Torgau, les casernes-prisons de Magdebourg, d'Osnabrück, de Crefeld. Là, l'existence s'écoulait monotone, sévère, parfois affreuse, soit dans le désœuvrement absolu, soit dans l'exercice d'un service médical insuffisant, sous la tutelle trop souvent tracassière et vexatoire de leurs confrères allemands.

Pour la plupart, enfin, la captivité ne fut qu'une longue errance dans les camps de prisonniers, où, pour tenter de justifier leur maintien, on leur confia des besognes accessoires, en dehors des cas, trop fréquents, où l'éclosion d'épidémies meurtrières leur laissait, en revanche, tout le poids et tout le danger des traitements.

Les camps de prisonniers où les médecins furent principalement internés, sont ceux de Gutersloh, d'Altengrabow, de Senne, de Grafenwohr, de Friedrichsfeld, d'Ohrdruf, de Lechfeld, ceux de Cassel, Langensalza, Wittenberg Gardelegen, Zerbst, Stralsund et Munster.

Il serait erroné de penser que les médecins jouirent, dans ces camps, d'un sort privilégié, en rapport avec leur qualité et avec les services qu'ils pouvaient rendre. Ils endurèrent le sort intégral des captifs dont ils partagèrent les misères.

Traités comme des prisonniers de droit commun, fouillés, dépouillés de leurs armes, de leur or, de leurs notes techniques, de leurs trousses médicales, privés souvent de bière, de vin, et même du droit de fumer, nourris d'une façon toujours insuffisante parfois innommable, frustrés de leur solde qui, dans beaucoup de cas, atteint les chiffres dérisoires de 60 marks par mois pour les aides-majors et de 100 marks pour les autres grades, ils connaissent, en outre, toutes les tortures morales, la privation ou les longs retards de la correspondance, les accusations injustifiées, les mots blessants, les tentatives méthodiques de démoralisation qui, par les fausses nouvelles, par l'exagération des pertes françaises, par les prédictions de l'effondrement de la patrie, s'efforcent d'abattre leur moral.

Parfois ils trouvent quelques défenseurs en leurs confrères allemands, mais



ENTRÉE D'UN CONVOI DE RAPATRIEMENT EN GARE DE LYON.

(1) Il est d'ailleurs juste de reconnaître que les prisonniers français malades ou blessés, hospitalisés dans les établissements sanitaires de l'arrière, y reçurent, presque toujours, les meilleurs soins



Photo Meurisse.

OFFICIERS DU SERVICE DE SANTÉ RAPATRIÉS.

que de fois ceux-ci ne les rebutent-ils pas par des abus inqualifiables d'autorité, une morgue hautaine et de mesquines vexations ? Les prêtres allemands eux-mêmes n'approchent souvent ces prisonniers que pour leur montrer la France vaincue, expiant justement ses fautes d'impiété.

Mais ce qui devait émouvoir, bien plus que ces privations et ces souffrances personnelles, les médecins français, c'était le traitement infligé sous leurs yeux aux malheureux prisonniers des nations alliées.

Ce qui provoquera leurs protestations indignées, ce sont les conditions déplorables d'hygiène présentées, surtout en 1914 et au début de 1915, par beaucoup de camps, cloaques immondes, où les prisonniers s'entassent dans des abris mal clos, humides et infectés de vermine ; c'est le manque absolu de soins dont souffrent, en certains lieux, malades et blessés ; l'absence ou l'extrême pénurie de médicaments, le mélange systématique des hommes sains avec les tuberculeux ou les convalescents de maladies contagieuses, le défaut de moyens de lavage et de désinfection ; ce sont les brimades infligées à ces hommes traqués comme des bêtes ; enfin les cruautés atroces dont ils sont les témoins : coups de bâton et de schlague, supplice du poteau, morsure des chiens de garde déchaînés.

Parfois, ils devront panser, de leurs mains, les blessures causées par les coups de crosse ou de baïonnette, heureux quand ils ne devront pas assister à une scène aussi tragique que celle dont le camp de Wittenberg fut le théâtre, le soir du 20 mai 1915, date de la déclaration de guerre de l'Italie. Ce soir-là, une fusillade, dont le général commandant le camp tint à donner lui-même le signal, partit, sur un coup de sifflet, dans les rues du camp. Trois morts, cinq blessés restèrent sur le terrain, tandis que les prisonniers s'enfuyaient affolés. Des balles sifflèrent aux oreilles des médecins qui avaient été mandés près des victimes.

Il n'est pas, contre les atrocités allemandes accomplies dans les camps de prisonniers, de témoignages plus dignes de foi et plus émouvants que ces dépositions de médecins, témoins oculaires de scènes dont ils n'étaient point les victimes, mais dont les victimes recevaient leurs soins.

Le rôle des médecins français se fût-il borné à la constatation impartiale de ces crimes, que la valeur de tels témoignages, apportés devant l'Histoire, serait la rançon suffisante de leur douloureuse captivité.

Mais ils eurent une tâche autrement efficace. Éternels protestataires auprès des autorités allemandes contre les abus et les sévices commis sous leurs yeux, ils ont eu, quelquefois, la joie profonde de voir améliorer, à la suite de leurs instances, l'existence pitoyable de leurs compagnons de captivité.

Qu'importe si certains payèrent, par un redoublement de rigueurs à leur endroit et par de haineuses représailles, ces protestations réprimées comme des marques d'insubordination.

L'action bienfaisante des médecins prisonniers se fit encore sentir par le réconfort moral qu'ils ne cessèrent d'apporter à leurs compatriotes. Pour ces malheureux, livrés sans merci à l'implacable rancune de l'ennemi, le médecin fut à la fois un consolateur et un défenseur. Il fut souvent aussi leur sauveur lorsque la maladie, hôte familier des camps, s'abattait sur ces déshérités, et l'un d'eux put justement écrire ces mots, empreints d'une admirable sérénité, qui disent l'acceptation joyeuse de l'infortune : « Je crois que le sort du prisonnier malade empirera le jour où il n'aura plus à ses côtés un médecin français. »

* * *

Plus d'une fois, les médecins sollicitèrent d'eux-mêmes leur envoi dans des camps, comme ceux de Munster II et de Neun-Kirchen, où ils avaient appris que de nombreux prisonniers malades souffraient d'un manque absolu de soins. D'autres demandèrent comme une faveur leur affectation à des camps insalubres tels que les colonies d'Oberhode et de Veitmoos, près Eggstadt, où les prisonniers étaient employés au défrichement des marais.

Nombreux enfin furent ceux qui connurent le périlleux honneur d'aller donner leurs soins dans les camps où éclataient de meurtrières épidémies de fièvre typhoïde, de choléra, de dysenterie, de diphtérie et notamment de typhus, telles qu'il y en eut à Zerbst, à Gardelegen, à Lechfeld, mais surtout à Cassel, à Langensalza et à Wittenberg.

Dans les derniers mois de 1914, avec une simultanéité qu'explique seul un ordre venu d'en haut, les prisonniers français des camps de Langensalza, de Wittenberg, de Cassel sont systématiquement mélangés avec des prisonniers russes suspects, qui arrivent de Silésie, couverts de poux, ceci, déclarent les Allemands en riant, « pour que les alliés apprennent à se mieux connaître ».

Le résultat de cette brimade sinistre ne se fait pas attendre.

Le typhus éclate. Les cris d'alarme et les protestations des médecins français ne réussissent qu'à faire resserrer méthodiquement les contacts dans des camps surpeuplés et boueux, où les prisonniers couchent côte à côte, sur des paillasses souillées, disposées à même sur le sol.

Les premiers symptômes de typhus, signalés par les médecins français, sont niés par les médecins allemands, qui n'y voient que les signes de banales pneumonies.

Enfin, le doute n'est plus permis : l'épidémie se propage avec une foudroyante célérité, accrue par l'intimité des contacts et l'insalubrité affreuse des locaux encombrés.

On voit alors ceci : les médecins allemands, presque partout, disparaissent, effrayés par la contagion ; les médecins français restent seuls devant le fléau, mais désarmés, insuffisamment pourvus de médicaments, privés de moyens d'isolement et de désinfection.

Le Service de Santé allemand ne se décide à intervenir que le jour, tardif, où la presse de son pays s'émeut de voir l'épidémie gagner, à leur tour, la garnison et la population civile du voisinage.

Alors, des mesures énergiques sont prises. La direction de la lutte est confiée à des praticiens éminents et dévoués comme le professeur Rehberg, de Berlin, le professeur Gartner, d'Iéna.

Entre avril et juin, l'épidémie est enrayée, mais quel en est le bilan ?

A *Langensalza*, sur 10.000 prisonniers, plus de 5.000 ont été atteints, avec 900 décès ; 26 médecins ont contracté le typhus, 7 en sont morts.

A *Cassel*, sur 20.000 hommes, on a compté 14.000 cas et 2.300 morts, dont 1.500 Français ; 15 médecins furent atteints et 2 moururent.

A *Wittenberg*, sur 32 médecins alliés, 24 ont contracté le mal et 8, soit le quart, en sont morts.

A *Gardelegen*, on signale 3.000 cas avec une mortalité de 10 % chez les Français. Sur 17 médecins, 13 furent atteints et 2 succombèrent.

L'esprit a peine à concevoir une telle horreur.

Or les dépositions de tous les médecins qui furent les témoins et les victimes de ce drame sont formelles : la responsabilité de cette effroyable hécatombe appartient, tout entière, aux autorités allemandes, qui favorisèrent ou propagèrent le fléau et ne firent rien, au début, pour en arrêter le cours.

Si l'on doutait de la véracité de ces récits qui, pourtant, concordent presque dans les moindres détails, malgré que leurs auteurs se soient, pour beaucoup, ignorés d'un camp à l'autre, il suffirait d'ouvrir le livre émouvant, écrit par un neutre, le Dr de Christmas (1), on y trouverait la confirmation absolue de tous ces faits, et le témoignage accablant de la préméditation allemande qui, par les mauvais traitements et la propagation méthodique des maladies infectieuses, poursuivit systématiquement l'affaiblissement de notre race.

Au cours de ces terribles épidémies, qui remplirent tout l'hiver 1914-1915 ainsi qu'une partie du printemps suivant, les médecins français donnèrent l'exemple du dévouement le plus entier et de l'esprit



Photo Meurisse.

A LYON, A LA DESCENTE DU TRAIN, UNE COLLATION EST DISTRIBUÉE AUX BLESSÉS.

(1) Dr DE CHRISTMAS. *Le Traitement des prisonniers français en Allemagne*. Paris. 1917. Chapelot, éditeur.



PREMIERS SOINS A UN BLESSÉ ENNEMI

Tableau de François-Charles BAUDE, de la 22[e] Section d'Infirmiers Militaires

(Hors Concours aux Artistes français.)


F. CH. BAUDE . 1917

d'abnégation poussé jusqu'à la dernière limite. La proportion des atteintes et des décès qu'ils fournirent en est la plus éloquente des preuves.

Mais il convient d'ajouter que leurs infirmiers luttèrent avec eux de générosité et de sacrifice. Tous ou presque tous ces modestes soldats contractèrent l'infection au chevet des malades qu'ils ne quittaient plus et beaucoup en moururent. Alors on vit les prisonniers indemnes ou convalescents prendre leur place et les médecins ne manquèrent jamais d'infirmiers volontaires.



GROUPES DE RAPATRIÉS
DANS LA COUR DE L'HOPITAL D'ÉVACUATION DES BROTTEAUX, A LYON.

* * *

Telle est, esquissée dans ses grandes lignes, l'histoire, si peu connue du Service de Santé en captivité.

Un médecin militaire allemand avoua, un jour, à un médecin français prisonnier que le maintien du personnel sanitaire était une nécessité de la guerre, un moyen, parmi tant d'autres, de diminuer la valeur et la résistance de l'armée ennemie.

Ce calcul, s'il a vraiment été fait, a dû décevoir ses auteurs. Car, en définitive, cette illégalité a servi à sauver, dans les camps allemands, des vies françaises, à soulager des misères, à soutenir le moral de nos prisonniers.

Et cette pensée ne fut pas sans rendre moins amère l'injustice dont souffraient les officiers du Corps de Santé.

« Cette longue captivité, put écrire l'un d'eux, nous fut plus douce, parce qu'elle nous permit d'apporter à nos frères d'infortune bien des soins qui leur manquaient. »

Les plus beaux éloges qu'un soldat puisse recevoir sont ceux qui lui viennent de l'ennemi. Ces éloges, des médecins français les reçurent.

Mais, plus que le discours officiel du général Von Menzel, exprimant sa reconnaissance au personnel sanitaire qui quittait le camp de Grafenwohr, me paraissent sincères et louangeuses ces paroles d'adieu prononcées par le capitaine allemand commandant la 9e compagnie de P. G. : « Messieurs, soignez là-bas les nôtres, comme vous avez soigné, ici, vos camarades français. »

Dr André MONÉRY.
Médecin chef du Musée du Val-de-Grâce.

CHAPITRE XIX

LE SERVICE DE SANTÉ FRANÇAIS

AUPRÈS DES BLESSÉS ET MALADES ENNEMIS

BLESSÉ ou frappé par le mal, l'ennemi cesse d'être un adversaire : il n'est plus qu'un homme qui souffre, au chevet duquel doit se pencher un visage attentif et se tendre une main secourable.

C'est ainsi que le Service de Santé français a compris son devoir et ainsi qu'il sut l'accomplir, depuis le champ de bataille où il recueillait les blessés allemands, jusqu'aux hôpitaux de l'arrière, où il achevait de guérir ceux qui avaient envahi le sol natal.

Cette généreuse attitude ne laissa pas que de surprendre les soldats ennemis. Leurs chefs les avaient instruits dans la crainte des représailles et prévenus que, s'ils tombaient aux mains des Français, ils seraient impitoyablement achevés par les sanitaires.

Aussi, tous les médecins qui ont servi sur le front de combat se rappellent-ils l'étonnement qui se peignait sur le visage des prisonniers blessés, amenés dans leurs postes de secours, lorsqu'ils constataient que, loin d'être maltraités par l'ennemi, ils étaient pansés, réconfortés et transportés dans les premières formations des armées, avec les mêmes soins et les mêmes égards que les blessés français.

Bien que ce rôle charitable constituât une règle dont notre Service de Santé de l'avant ne se départit jamais, il ne réussit point à émouvoir l'Allemagne, et la presse d'Outre-Rhin continua de dénoncer les actes inhumains de la Croix-Rouge Française.

Médecins, infirmiers et brancardiers n'en gardent pas moins, en leur conscience, le sentiment consolant d'avoir ainsi accompli le plus difficile et le plus beau devoir.

Mais s'il fallait un jour apporter devant l'Histoire un témoignage incontestable de leur conduite, il serait aisé de le trouver dans les nombreuses dépositions de blessés ennemis, dont certaines sont aujourd'hui sous mes yeux, et qui expriment avec une unanimité touchante, le dévouement avec lequel ils ont été soignés et traités, dès le moment de leur capture.



Photo Meurisse.

BLESSÉS LÉGERS ET INFIRMIERS ALLEMANDS VENANT D'ÊTRE CAPTURÉS.

Le prisonnier allemand, durant toute



Photo Musée du Val-de-Grâce.

UN GROUPE DE PRISONNIERS ALLEMANDS AU DÉPOT DE L'ILE DE RÉ.

sa captivité, même hors des hôpitaux où étaient soignés nos ennemis malades ou blessés, demeura l'objet de la sollicitude du Service de Santé.

Il n'est pas, à cet égard, de lecture plus édifiante que celle des importantes archives, déposées au Musée du Val-de-Grâce, où figure notamment la correspondance du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé avec le département des Affaires Étrangères, l'Inspection Générale des Prisonniers de Guerre, la Commission interministérielle des Prisonniers, et avec ses agents d'exécution sanitaires dans les régions du territoire.

Non seulement on y acquiert la preuve que, dès le mois d'août 1914, le respect, la protection et le rapatriement des sanitaires ennemis étaient strictement ordonnés par le gouvernement français et exécutés par nos armées, mais on se rend compte que jamais les autorités médicales françaises ne se désintéressèrent du sort des prisonniers de guerre.

Qu'il s'agisse de leur alimentation ou de leur habillement, des visites sanitaires prophylactiques, du dépistage des maladies contagieuses et de l'isolement des suspects, de l'immunisation contre les infections, de la surveillance des conditions hygiéniques présentées par les dépôts et camps de prisonniers, ou par les ateliers et chantiers agricoles qui les utilisent, de la constitution des dépôts d'inaptes, où le service médical est l'objet d'une attention toute spéciale, partout on retrouve l'action du Service de Santé et le souci constant de veiller sur la santé des ennemis tombés entre nos mains, comme il veille sur la santé de nos propres combattants.

Aussi est-ce sans aucune crainte et sans formuler aucune restriction que le gouvernement français put autoriser la visite des camps ou dépôts de prisonniers de guerre, par les délégués de l'ambassade américaine, jusqu'au jour où la rupture des relations diplomatiques entre les Etats-Unis et le Gouvernement Impérial confiait au ministre de Suisse en France la charge des intérêts allemands dans notre pays.

C'est dans le même esprit que les portes de nos dépôts de prisonniers furent ouvertes aux délégués du Comité international de la Croix-Rouge, dont les intéressants rapports (1) attestent, avec la haute autorité due à leur caractère impartial la bonne organisation de ces établissements. On peut lire dans certains de ces rapports, notamment dans ceux publiés en mai et juin 1915 (2e et 3e série), la relation fidèle des visites faites, à cette époque, par le colonel C. de Marval dans les camps de prisonniers allemands de Tunisie, d'Algérie et du Maroc.

Ces documents réduisent à néant les allégations allemandes, qui avaient voulu faire des camps de l'Afrique du Nord des bagnes malsains où, sous un climat meurtrier, les prisonniers étaient voués à la maladie et à la mort. On y constate, au contraire, que dans ces formations, judicieusement situées parmi les lieux les plus salubres de notre colonie, les prisonniers, surveillés hygiéniquement par les médecins, bien alimentés, soumis à la quinisation préventive et aux méthodes immunisantes contre les grandes infections, ont toujours présenté un état sanitaire excellent.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

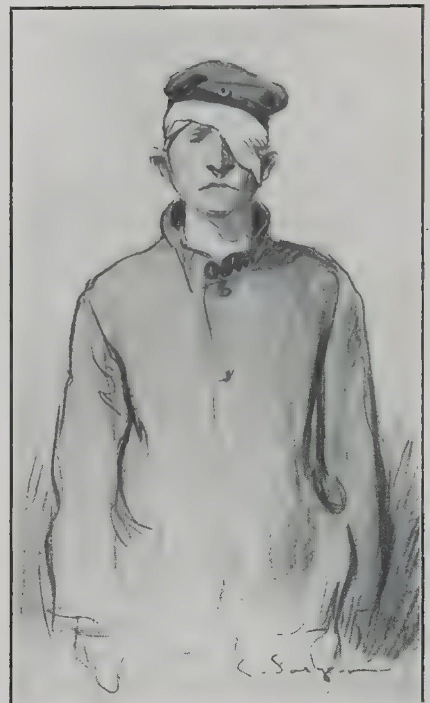
PRISONNIERS ALLEMANDS MALADES AU DÉPOT DE L'ILE DE RÉ.

(1) Comité International de la Croix-Rouge Documents publiés à l'occasion de la guerre européenne. Edition française, Fascicules in-16, Genève : Librairie Georg, et Paris : Librairie Fischbacher

Les médecins français ont eu encore à jouer, dans les dépôts de prisonniers, un rôle important, quand il s'est agi de procéder à la désignation des grands malades et grands blessés, susceptibles d'être rapatriés ou internés en Suisse.

L'œuvre qu'ils accomplirent, en étroite collaboration avec leurs confrères de l'armée fédérale, soit dans le choix et l'adoption des principes directeurs de ces échanges, soit dans le fonctionnement des commissions de camps, ou commissions itinérantes, et de la commission supérieure de contrôle, témoigne d'un effort intense, accompli avec le plus grand sentiment de justice et au cours duquel ils ne cessèrent de prendre en considération l'intérêt des malades et blessés ennemis.

Mais il va sans dire que c'est sur les prisonniers confiés à ses soins et hospitalisés dans ses propres formations, que s'exerça surtout, avec une vigilance qui ne se démentit jamais, l'action bienfaisante du Service de Santé. D'abord dispersés dans les formations sanitaires du territoire, les prisonniers allemands hospitalisés se virent, dès le mois de septembre 1914, groupés dans un petit nombre d'établissements, dont le choix fut minutieusement arrêté pour chaque région.



BLESSÉ ALLEMAND DANS UN CAMP DE PRISONNIERS.
Dessin de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).

Si, pour la commodité de la surveillance, les hôpitaux auxiliaires et bénévoles furent exclus de ce choix, les hôpitaux militaires, complémentaires et mixtes qui furent désignés, comp mieux tenus, les mieux dotés en per

Dès le 6 octobre 1915 en effet la Direction du Service de Santé du détails, prévu l'affectation d'hôpitaux ou tout au moins prescrit leur groupe hôpitaux. Il était précisé dans ce texte, donnés aux prisonniers « comme à

La circulaire du 30 juillet 1915 « que les centres hospitaliers réservés « vus de services chirurgicaux de pre « non seulement toutes les interven « core les opérations relevant plus par « rurgie orthopédique (consolidations « veuses, sutures tendineuses, etc...) »



SOINS DENTAIRES DONNÉS A UN PRISONNIER ALLEMAND DANS UNE POLYCLINIQUE AUX ARMÉES.
Dessin de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).

taient parmi les plus importants, les sonnel et en matériel.

une instruction générale, émanant de Ministère de la Guerre, avait réglé ces spéciaux aux prisonniers de guerre, ment dans des services distincts de nos que les soins médicaux devaient être nos propres blessés ou malades ».

prescrivait en outre « de veiller à ce aux prisonniers de guerre soient pourmier ordre, où puissent être assurées, tions de chirurgie générale, mais enticulièrement du domaine de la chivicieuses de fractures, inclusions neret, le 12 janvier de la même année, une autre dépêche ministérielle avait rappelé que les prisonniers de guerre devaient profiter des ressources dont disposaient les centres de spécialités médico-chirurgicales, organisés sur divers points du territoire, et que leur évacuation sur ces centres devait « en tous cas » être effectuée.

Les soins stomatologiques, l'orthopédie et l'appareillage des blessés allemands n'avaient pas été moins minutieusement prévus par des instructions ministérielles qui, ainsi que les précédentes, reçurent la plus rigoureuse exécution.

Aussi peut-on dire que non seulement les blessés allemands trouvèrent dans nos hôpitaux militaires le confort matériel, une compétence professionnelle, et un dévouement de tous les instants, mais qu'ils y recueillirent le fruit de toutes les acquisitions que le perfectionnement incessant de l'outillage et des techniques opératoires apportèrent au cours des hostilités dans le domaine de la chirurgie de guerre

J'ai déjà dit, dans un précédent chapitre, que nos blessés avaient généralement rencontré dans les grands hôpitaux allemands un traitement de réciprocité, témoignant des sentiments d'humanité communs aux plus



PRISONNIER ALLEMAND BLESSÉ.
Dessin de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).



Photo Musée du Val-de-Grâce.

UN SERVICE DE BLESSÉS ALLEMANDS DANS UN HOPITAL TEMPORAIRE DE LOURDES.

hautes personnalités médicales des deux pays.

Mais on est indigné à la pensée que le gouvernement allemand, pertinemment renseigné sur le traitement dont jouissaient, en France, ses prisonniers blessés, ainsi qu'il appert de documents officiels consignés dans nos archives, n'ait pas cru devoir excepter le Service de Santé français de la campagne haineuse qu'il ne cessa de poursuivre dans le Reich et chez les neutres, contre les institutions de ses adversaires.

On en retrouve des traces dans la presse allemande, qui colporta complaisamment ces calomnies, dans certains organes de propagande répandus par l'Allemagne en pays neutre, et jusque dans ses réclamations injustifiées que devaient, avec leur haut souci d'impartialité, nous transmettre l'ambassade d'Espagne à Berlin et celle des Etats-Unis à Paris.

Parfois même le gouvernement impérial se crut autorisé à user de la manière violente qui était dans ses habitudes : tel est le cas du radiotélégramme d'information que lançait « à tous navires » la station de Nauen, le 12 juin 1916, pour protester contre les brutalités et le mauvais traitement infligés aux blessés allemands, soignés à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Certes une enquête immédiate n'eut aucune peine à démontrer clairement l'inanité de cette calomnie, contre laquelle s'élèvent les dépositions spontanées des blessés allemands traités dans cet établissement (1). Mais l'accusation la plus inique avait été lancée dans le monde contre un service hospitalier dont un délégué du gouvernement suisse et un délégué officiel de la Croix-Rouge Américaine venaient, après l'avoir visité, de faire le plus bel éloge.

Quiconque a la curiosité de dépouiller, dans les archives et documents de guerre du Service de Santé, les extraits de correspondance de prisonniers de guerre allemands hospitalisés, les nombreuses dépositions dont ils ont été les signataires bénévoles et les lettres de remerciement collectives, écrites, lors de leur départ, à ceux qui les avaient soignés, éprouve la réconfortante impression que ni les calomnies officielles, ni la propagande active de leurs dirigeants, ne pourront détruire chez les milliers de prisonniers allemands, soignés au cours de la guerre dans nos formations sanitaires, le souvenir reconnaissant des soins éclairés et dévoués qu'ils y reçurent et auxquels beaucoup doivent la vie.

Ainsi, médecins, infirmiers, infirmières, « accomplissant sans murmurer leur beau devoir », suivant l'expression qu'ils ont arrachée à un de leurs ennemis (2) ont prouvé, au cours de la plus cruelle des campagnes, que l'inépuisable charité des Larrey et des Percy vivait toujours dans leur cœur, et que le dévouement envers l'ennemi blessé comptait au nombre des belles traditions dont s'honore le Service de Santé français.

Dr A. MONÉRY.

Médecin Chef du Musée du Val-de-Grâce.



Photo Musée du Val-de-Grâce.

RÉFECTOIRE DES PRISONNIERS ALLEMANDS DANS UN HOPITAL TEMPORAIRE DE PAU.

(1) Cf. Archives et Documents de Guerre du Service de Santé. Dossier 656.

(2) M. R. Funke. — Visite aux blessés allemands de Lyon et de Bordeaux. *Berliner Tageblatt*, 6 février 1915.

CHAPITRE XX

LES DROITS DU BLESSÉ

PENSION — GRATIFICATION — RÉFORME

Exposé Sommaire des Lois et Règlements.

L'ALLEMAGNE, ayant prémédité, préparé et déclaré la guerre, avait pris toutes mesures en vue de cette éventualité. Il n'est pas jusqu'à l'indemnisation de ses futurs blessés militaires qui n'eût retenu son attention Dès 1906 elle avait renouvelé sa législation sur les pensions.

Elle était, en cette matière comme en tant d'autres, prête pour l'agression. Mais, ici comme ailleurs, ses prévisions sur la guerre « fraîche et joyeuse » ont été mises en défaut : la loi allemande de 1906 est demeurée insuffisante et, après les hostilités, il a fallu faire une loi nouvelle d'indemnisation plus élargie.

En France, la législation sur les blessés militaires était vieille de quatre-vingt-trois ans quand la guerre nous a surpris. Les pensions militaires pour infirmités, résultant de blessures reçues ou de maladies contractées en service, étaient réglées par les lois du 11 avril 1831 (Guerre) et 18 avril 1831 (Marine) qui, bien que très archaïques, étaient encore en vigueur ; système légal complété par le régime des gratifications.

Il nous faut indiquer, de façon très sommaire, les dispositions essentielles concernant ces deux genres de réparations.

a) PENSIONS. — La pension pour les officiers, sous-officiers et soldats est calculée en fonction du grade, indépendamment de la durée des services. Elle est établie en corrélation avec la pension d'ancienneté : c'est une pension d'ancienneté anticipée.

Les conditions pour le droit à pension à titre d'infirmité sont : 1° L'origine de l'infirmité en service commandé ; 2° la gravité des lésions ; 3° l'incurabilité de ces mêmes lésions en tous leurs éléments.

Les infirmités doivent être reconnues imputables à un fait de service ou aux fatigues et dangers du service militaire ; la preuve de cette origine doit être établie par l'intéressé lui-même ou ses ayants cause.

On comprend que l'incurabilité des infirmités soit exigée en tous leurs éléments, puisque la pension de retraite est définitive, viagère, irrévocable et réversible sur la veuve et sur les orphelins.

En ce qui concerne la gravité, la loi divise les infirmités en deux grandes catégories. Dans la première, elle place la cécité, l'amputation ou la perte absolue de l'usage d'un ou de plusieurs membres ; dans la deuxième, des infirmités moins graves mettant l'homme de troupe ou le sous-officier hors d'état de pourvoir à sa subsistance, et l'officier hors d'état de rester en activité de service et d'y rentrer ultérieurement.

En vue de l'application de la loi immuable dans une société en évolution, les Ministres de la Guerre et de la Marine ont fait établir, à différentes époques, des barêmes ou classifications des infirmités, dits aussi *échelles de gravité*, destinés à permettre la fixation des différents tarifs des pensions. La dernière échelle de gravité, en usage à la Guerre, date de 1887. Elle élargit, dans une certaine mesure et par interprétation, les dispositions législatives et divise les infirmités de nature à ouvrir des droits à pension en six classes contenant 66 numéros :

1re *Classe.* — Cécité ou perte totale et irrémédiable de la vue.

2e *Classe.* — Amputation de deux membres.

3e *Classe.* — Amputation d'un membre.

4e *Classe.* — Perte de l'usage de deux membres — Infirmités équivalentes.

5e *Classe.* — Perte de l'usage d'un membre — Infirmités équivalentes.

6e *Classe.* — Infirmités moins graves, mettant les non-officiers hors d'état de pourvoir à leur subsistance et les officiers hors d'état de rester et de rentrer en activité de service.

Les trois premières classes sont, de par la loi, d'une rigidité totale. Mais, dans les trois dernières, la jurisprudence, suivant l'évolution des idées, interprétait les équivalences de façon extensive. A défaut de texte législatif nouveau, l'Administration de la Guerre et le Conseil d'État admettaient des interprétations de plus en plus larges. La 6e classe, surtout, renferme un certain nombre d'infirmités qui ne mettent pas vraiment le porteur hors d'état de pourvoir à sa subsistance. Mais comme la loi était faite pour une armée de métier, on a pu juger que le non-officier réformé, c'est-à-dire rejeté hors de sa profession, avait en fait perdu les moyens de pourvoir à sa subsistance. D'où cette liste d'un certain nombre d'infirmités relativement peu graves, considérées néanmoins comme ouvrant droit à pension.

Quoi qu'il en soit, trois conditions sont strictement exigées : l'origine de l'infirmité en service, la gravité suffisante pour la faire ranger dans l'une des six classes du tableau, l'incurabilité en tous ses éléments, sorte de trépied sur lequel repose le droit à pension. Si l'une des conditions vient à manquer, le droit à pension s'effondre.

De ce qui précède, il résulte que la loi de 1831 ne connaît pas l'incapacité de travail, notion moderne née de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Il est même curieux de constater que la loi et ses interprétateurs considéraient, par exemple, l'amputation d'un pied (3e classe) comme nécessitant une rémunération supérieure à celle d'une paraplégie ou paralysie complète des deux membres inférieurs (4e classe). C'est que le fondement juridique était ici, non la mesure de l'état d'invalidité à réparer, à laquelle nous sommes maintenant habitués, mais l'idée de récompense nationale.

Cependant la pratique administrative a admis que l'incapacité de pourvoir à sa subsistance, telle que la loi l'exige pour le droit à pension, correspond à une diminution dans les facultés normales de travail de 60 %.

b) Gratifications. — La loi de 1831 ne permet d'indemniser que les infirmités graves et incurables, dont la moindre met le soldat hors d'état de pourvoir à sa subsistance. Un grand nombre de cas d'invalidités n'auraient pas été indemnisés sans l'adoption de mesures, non législatives mais purement réglementaires, établissant un système de gratifications pour les non-officiers atteints d'infirmités plus légères que celles des pensions, mais occasionnant une certaine incapacité de travail.

Une ordonnance du 27 août 1814 avait prévu l'allocation d'une gratification, une fois payée, pour blessures ou infirmités. La décision impériale du 3 janvier 1857 permet le renouvellement de cette gratification jusqu'à guérison de l'infirmité, ou jusqu'à récupération de la capacité de travail.

Le décret du 13 février 1906 et l'instruction du 31 mars suivant avaient institué trois catégories dans les gratifications, suivant que l'état d'invalidité correspondait à 10, 20 ou 30 %. Mais les degrés d'invalidité non incurable, estimés de 30 à 100 %, ne pouvaient être indemnisés. C'était une lacune qu'avant la guerre le Comité de Santé, d'accord avec la Direction du Contentieux, allait faire combler. La guerre étant survenue, le Service de Santé reprit la question dont la solution devenait indispensable. Le décret du 24 mars 1915 établit, dans les gratifications, huit catégories pour des degrés d'invalidité de 10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100 %. Le taux en argent de 100 % correspond à la pension de la 1re classe, celui de 10 % en est le dixième. Les autres catégories ont des taux fixés en proportion.

Ainsi complété, le régime des gratifications a donné toute satisfaction pendant la guerre.

La gratification n'est pas un droit, c'est une mesure gracieuse. Les titres à gratification sont : 1° L'origine de l'infirmité en service ; 2° la gravité occasionnant une diminution dans les facultés de travail d'au moins 10 % de la capacité normale ; 3° la durée probable de deux ans, ou, en cas de réforme temporaire, d'un an.

Une infirmité incurable, n'ayant pas la gravité exigée pour la pension, donne lieu à une gratification permanente. Une infirmité grave, mais non incurable, motive aussi une gratification renouvelable.

Les différences fondamentales qui distinguent les gratifications des pensions sont les suivantes :

Les gratifications, mesures gracieuses, ne sont pas susceptibles de recours au Conseil d'État ; elles ne nécessitent pas l'incurabilité, ni la gravité des infirmités exigées pour les pensions ; elles ne s'appliquent pas aux officiers, elles ne sont pas reversibles sur les veuves.

Tels sont, à grands traits, les deux systèmes de réparation du préjudice causé aux blessés et malades, en vigueur pendant la guerre. On ne peut se dispenser d'en prendre connaissance ; ils demeurent les seuls moyens d'indemnisation pendant toute la durée des hostilités et au delà.

Promulguée seulement le 31 mars 1919, la nouvelle loi n'abroge pas la loi de 1831 ; c'est une loi complémentaire.

Résumons maintenant en quelques mots la procédure à suivre en cas de pension. L'ordonnance du 2 juillet 1831, édictée en application de la loi des pensions, a réglé cette procédure que les différents décrets et instructions ont imposée aussi pour les gratifications.

Quand les suites d'une blessure ou maladie imputable au service sont consolidées, une instruction est ouverte aux fins de pension ou gratification. C'est le Conseil d'administration du corps auquel appartient l'intéressé qui, sur l'ordre du Général commandant la subdivision de région, remplit les fonctions d'instructeur. L'intéressé passe d'abord devant le Conseil un examen pratiqué par deux médecins-experts. Ils rédigent le certificat d'examen. Cette première formalité est suivie d'une deuxième visite (vérification) par deux autres médecins-experts devant le Général. En pratique, visites et procès-verbaux d'examen et de vérification se passent devant la Commission de réforme où se rendent Conseil d'administration et Général Président.

Le dossier de l'affaire est alors adressé au Sous-Intendant, qui vérifie et signe les documents, les transmet au Ministre, Service général des Pensions. Ce service est chargé de la liquidation, de la fixation du taux de la pension.

Mais, avant ce résultat, il doit tout vérifier, prendre l'avis de la Commission consultative médicale, du Conseil d'État (Section des finances), du Ministre des finances lui-même. Si le dossier ne soulève aucune objection, de retour au Service des Pensions, il est l'objet d'un décret et le titre parvient à l'intéressé par le Service de l'Intendance.

Pour la gratification, les formalités sont un peu moins longues. Ni le Conseil d'État, ni le Ministre des Finances n'interviennent dans l'instruction.

Telle est la longue filière de formalités parcourues par un dossier, lorsque la procédure est normale, dégagée de tout incident. Formalités justifiées !... Il faut en effet que les vrais blessés et malades de guerre soient largement, généreusement traités et indemnisés ; la nation a contracté à leur égard une dette sacrée ; mais la loi, *dura lex*, n'indemnise que les infirmités uniquement imputables au service militaire et elle exige des preuves nettes de cette imputabilité.

***

De la relation qui précède, si condensée soit-elle, on peut inférer les difficultés de la mise en marche, au cours de la guerre, de cette énorme machine : l'œuvre des réformes et des indemnisations. La multiplicité des services qui devaient en connaître: au départ Commandement, Service de Santé, Corps de troupe, Intendance, et, à l'arrivée, Service des Pensions, Commission consultative médicale, Conseil d'État, Ministre des Finances, aboutissait à l'irresponsabilité de chacun et à la stagnation des affaires.

D'ailleurs, au début de la guerre, les Commissions de réforme sont composées d'officiers de complément peu préparés à leurs fonctions. Elles sont assistées de médecins de complément dont les occupations antérieures n'avaient aucun rapport avec leurs attributions actuelles. Aussi cette inexpérience, cette méconnaissance des lois et règlements leur a-t-elle fait confondre pensions viagères et gratifications, réforme n° 1 (pour infirmités imputables au service) avec réforme n° 2 (pour infirmités étrangères au service). Il est arrivé aussi, bien des fois, que les intéressés eux-mêmes ayant droit à la réforme n° 1, avec indemnisation mais longues formalités, demandaient instamment la réforme n° 2, plus simple, à effet immédiat. On aboutit ainsi à un grand nombre de propositions erronées, de nature à léser gravement les intérêts tantôt de l'État, tantôt des blessés et malades. D'où l'obligation, pour les Conseils centraux placés auprès du Ministre (Conseil d'État, Commission consultative médicale), de faire les rectifications nécessaires. Les propositions sont quelquefois directement modifiées, surtout dans l'intérêt des postulants. Mais le plus souvent on ne peut qu'ordonner des suppléments d'instruction arrêtant indéfiniment les affaires. On conçoit que pareille situation ait amené des réclamations, nombreuses à l'infini et justifiées, qui s'élevaient dans le public, dans la presse, dans le Parlement et dont les échos parvenaient jusqu'au Gouvernement.



Photo Musée du Val-de-Grâce

CENTRE SPÉCIAL DE RÉFORME DE LYON. — LE RÉFECTOIRE.

Création du Sous-Secrétariat du Service de Santé.

Organisation du Service des Indemnisations.

Telle était la situation au début et au cours de la première année de guerre. Par l'arrivée toujours plus intense de nouveaux dossiers, l'imbroglio, loin de s'éclaircir, s'aggravait. Quand il apparut nettement que la guerre allait se prolonger au delà de toute prévision, on vit aussi la nécessité de créer, compléter et réorganiser les grands services de l'armée. De ce nombre était le Service de Santé, tant sur le front des armées qu'à l'intérieur. En juillet 1915, sous la pression du Parlement, M. Justin Godart, Vice-Président de la Chambre, est nommé Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé.

Au nombre des préoccupations du nouveau ministre figurent les droits du blessé à une indemnisation. Il sait que, sur cette question, l'opinion publique est très sensible. A vrai dire, cette indemnisation n'incombe pas au Service de Santé. Le Service général des Pensions a été créé pour cet office. Mais, simpliste, l'opinion publique se tourne du côté du Service de Santé. Il s'agit de blessés et malades : c'est assez pour que le Sous-Secrétaire d'État estime devoir intervenir avec énergie dans les questions de pensions et gratifications. Il en entreprend aussitôt l'organisation en tout ce qui touche les questions médicales, qui d'ailleurs y sont prépondérantes. Cherchant partout des compétences, il fait revenir du front des armées le Médecin Principal Duco, Médecin divisionnaire de la 129ᵉ division, secrétaire-rapporteur du Comité de Santé avant la guerre, spécialisé dans les questions de Contentieux médical : pensions, gratifications, réformes n° 1. Il le nomme Président de la Commission consultative médicale et lui confie la mission de faire une étude complète de ces questions, de préparer un projet d'organisation de tout le service.

Aboutir à une liquidation et à une indemnisation rapide, en pensions et gratifications, des blessés et malades de la guerre; organiser le Service médico-légal sur tout le territoire et obtenir ainsi que les réformes, les classements dans les services auxiliaires, etc., ou toutes autres décisions des Commissions de réformes soient prononcées en toute connaissance de cause, équitablement et en toute justice, tel est le but que se propose d'atteindre le Sous-Secrétaire d'État.

A cette époque, août 1915, 8.000 dossiers de pensions ou gratifications dorment en instance au Ministère de la Guerre. Il faut tout d'abord les soumettre à un examen, les contrôler, émettre sur chacun d'eux un avis motivé pour liquidation. Cet examen montre, chez les Commissions de réforme du territoire, la confusion dont nous avons déjà parlé, les appréciations les plus diverses pour des cas similaires, des diagnostics incomplets, mal établis, l'origine des infirmités non déterminée, les conclusions des certificats d'expertise contradictoires, sans relations avec les libellés et la gravité des lésions. Dans les quatre cinquièmes des cas, pour se prononcer en connaissance de cause, il faut un supplément d'enquête, des contre-expertises. Nul n'était mieux placé que la Commission consultative médicale pour voir et proposer les réformes et améliorations à accomplir dans le service médico-légal. Cette assemblée reçoit donc des médecins, membres titulaires, en nombre suffisant. Le Président est chargé de la direction technique des expertises sur tout le territoire et de l'instruction, reconnue nécessaire, des médecins-experts. Renseigné avec précision, le Sous-Secrétaire d'État peut édicter une première série de mesures très efficaces, que nous allons tout d'abord relater.

Stage des Experts. — La première de ces mesures est d'appeler à Paris, à la Commission consultative médicale, pour y accomplir un stage de huit jours, les médecins-experts opérant sur le territoire. Ils y viennent par groupes de 30 à 50, entendent des conférences et sont mis en possession des lois et règlements concernant leur spécialité. Ils puisent à bonne source les notions et renseignements dont ils ont besoin, discutent, entre eux et les médecins de la Commission consultative médicale, sur les questions à éclaircir, fixent les points de doctrine, enfin, devenant à leur tour examinateurs et contrôleurs de dossiers, ils sont mis en présence de leurs erreurs et proposent eux-mêmes en séance plénière les rectifications qui s'imposent. De retour dans leurs centres de réformes, ils répandent parmi leurs camarades les notions acquises. Ainsi commence l'unification de la saine doctrine. Ainsi l'accord des experts est réalisé, non après l'arrivée des propositions à l'Administration centrale, mais à la source même de production des dossiers. Qu'on juge du temps gagné et de l'effet moral sur les blessés et leurs familles.

Guide-Barème des Invalidités. — En second lieu, dès septembre 1915, la Commission consultative médicale est en mesure de soumettre à l'approbation du Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé un guide-barème des invalidités, qui paraît officiellement le mois suivant. Ce guide ne modifie en rien l'échelle de gravité des blessures et infirmités de 1887, ouvrant des droits à pension, mais, en fait de gratifications, il apporte l'uniformité d'appréciation

et l'unité de doctrine. Il a été établi en prenant la moyenne des chiffres les plus élevés d'estimation des incapacités de travail acceptés par la jurisprudence, en application de la loi de 1898. Sans imposer d'une façon absolue le degré d'invalidité énoncé en face de chaque affection, il constitue une précieuse indication pour les médecins chargés des expertises médico-légales.

Comme l'écrit le Professeur Janbrau, dans le bel ouvrage récemment publié : *Chirurgie réparatrice et orthopédique,* « l'utilité de ce guide-barême se mesure aux désagréments éprouvés par les médecins de ne pas y trouver les renseignements cherchés ».

Il a reçu bon accueil dans la jurisprudence civile et recueilli l'approbation de la Société médico-légale de France.

Il est presque superflu d'ajouter que, depuis sa publication en octobre 1915, les variations et les incertitudes dans les appréciations des experts se sont atténuées et le nombre des suppléments d'enquête a diminué dans de vastes proportions. Autant dire que la marche des affaires et le rendement du service en ont été fortement accélérés.

Commissions Médicales. — La troisième grande réforme de M. Justin Godart, dans le Service d'indemnisation des blessés, consiste dans l'institution de Commissions médicales d'examen et de vérification, et la spécialisation des Commissions de réformes.

Rappelons que, durant la paix et au début des hostilités jusqu'en 1916, les militaires susceptibles d'être présentés devant les Commissions de réforme venaient directement de leurs corps de troupes ou des hôpitaux. Le régime légal des Commissions de réforme exigeait que le militaire présenté fût examiné en séance seulement de la Commission ; pour des raisons aisées à discerner, les médecins-experts ne devaient pas le connaître avant cette séance. Or, dans l'état actuel de la science, cette réglementation ne peut subsister ; un examen complet nécessite le passage dans divers laboratoires (radioscopie, bactériologie, etc...) et ne peut être extemporané. En outre, le nombre des postulants, la complexité des lésions et des troubles fonctionnels mettent les experts, même aidés de spécialistes, aux prises avec des difficultés parfois considérables de diagnostics et de pronostics.

A une situation nouvelle il fallait des moyens et des organes nouveaux. La grande circulaire 39 Ci 7, instituant le nouveau régime, débute ainsi :

> En vue de perfectionner le fonctionnement des Commissions de réforme *et après expérience probante effectuée dans une région de corps d'armée,* j'ai décidé d'organiser dans chaque région une Commission permanente d'expertises médico-légales, chargée de préparer et de contrôler les divers éléments et documents techniques et les actes d'expertises nécessaires aux propositions pour pensions ou réformes par congé n° 1...
>
> La Commission médico-légale constitue l'agent de liaison nécessaire pour une indispensable unité de doctrine et d'action entre les experts régionaux des Commissions de réforme et la Commission consultative médicale au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé

La Commission permanente est composée de deux médecins, un médecin-major de 1re classe du cadre actif et un médecin de complément, qui peut être, au mieux, le chirurgien ou le médecin de secteur. Ces médecins doivent avoir fait un stage à la Commission consultative médicale.

Suivent les détails d'organisation et toute la réglementation nouvelle que nous résumerons brièvement :

1° Limitation à quatre par région du nombre des Commissions de réforme appelées à faire des propositions de pensions et réformes n° 1. — C'est, en somme, la spécialisation de ces quatre Commissions qui deviennent ainsi seules compétentes en matière d'indemnisation ;

2° Rôle exclusif des hôpitaux-dépôts, plus tard appelés centres de réformes, en matière de propositions pour indemnisations ; affectation de certains médecins aux expertises médico-légales ;

3° Multiplicité des examens médicaux en séances préparatoires, au cours desquelles les experts examinent dans le calme malades et blessés et préparent leurs propositions ;

4° Contrôle de ces propositions par la Commission régionale d'expertise qui insère, dans le dossier, une fiche relatant le contrôle ;

5° Visite de vérification par les experts au



Photo Musée du Val-de-Grâce.

CENTRE SPÉCIAL DE RÉFORME DE LYON (BUREAU MÉDICAL).
SERVICE DU TRIAGE.

deuxième degré (vérification), en des examens préparatoires d'abord, ensuite devant la Commission de réforme;

6° Prescription aux médecins traitants et aux médecins-chefs des hôpitaux de réunir les pièces du dossier administratif « dès qu'il leur paraîtra évident qu'un militaire en traitement est susceptible, à sa sortie de l'hôpital, d'être proposé pour la pension ou pour la réforme n° 1 ».

Il est aisé de concevoir que les dossiers de proposition ainsi bien établis, par des experts qualifiés, suivant une méthode rigoureuse et uniforme sur tout le territoire, devaient facilement passer à travers les filières de l'Administration centrale dont nous avons parlé, Commission consultative, Conseil d'État, Ministère des Finances, et aboutir à une liquidation rapide. Si toutefois quelques retards ont été constatés de ce chef, on peut bien dire, sans froisser personne, qu'ils ne sont pas imputables au Service de Santé.

Aggravation des infirmités. — Cependant, au départ des propositions, sur le territoire, on trouvait encore des causes d'obstruction ou d'arrêt dans l'indemnisation des malades et infirmes. Il fallait y porter remède. L'une de ces causes résidait dans les idées et doctrines médicales sur l'étiologie de certaines infirmités. Les médecins admettaient difficilement que l'aggravation par le service d'une infirmité préexistante fût indemnisable : en d'autres termes que l'aggravation simple d'une infirmité ancienne par le service militaire pût conférer au porteur des droits à une pension, au même titre que l'origine directe par le fait de ce même service.

Cet état d'esprit n'était pas nouveau. Pour l'application de la loi de 1898, n'avait-on pas longuement constaté chez les médecins, et aussi chez les juristes, les mêmes hésitations ? Les discussions sur ce thème duraient depuis dix ans, quand la Cour de Cassation trancha le débat par l'affirmative et assimila l'aggravation à la cause directe.

On voyait de nombreux malades revenus de l'armée non indemnisés et traînant leur détresse dans la population civile. M. Justin Godart, renseigné par les rapports de missions qu'il avait ordonnées, après en avoir délibéré en Commission consultative médicale, émet la circulaire-instruction 286 Ci 7, qui lui fait le plus grand honneur et dont voici quelques extraits :

DROITS A LA RÉFORME N° 1 DES MILITAIRES MIS DANS L'INCAPACITÉ DE SERVIR
PAR DES INFIRMITÉS NETTEMENT AGGRAVÉES PAR LE SERVICE

Il m'a été donné de constater que des militaires réformés n° 2 pour des infirmités ou maladies, — la tuberculose par exemple — nettement aggravées par le service militaire auquel ils ont été soumis, auraient dû être réformés n° 1.

Aussi convient-il de rappeler à nouveau aux médecins-experts et aux Commissions spéciales de réforme, les conditions nécessaires et suffisantes pour motiver la réforme n° 1, avec les avantages qui y sont attachés.

Le numéro du congé de réforme, un ou deux, est fonction de l'origine des infirmités :

La réforme par congé n° 2 est prononcée pour toute infirmité ou maladie *totalement étrangère* au service militaire.

La réforme par congé n° 1 est prononcée pour infirmité ou maladie, soit contractée sous l'influence du service militaire, soit aggravée par le fait du service militaire.

. . . .

Les médecins-experts et les Commissions spéciales de réforme ne doivent pas perdre de vue, dans leurs examens, les notions suivantes :

Aucun doute ne peut s'élever quand il s'agit d'infirmités ou maladies directement occasionnées par le fait du service.

Mais il en est autrement pour un certain nombre d'infirmités ou maladies existant en *germe*, *à l'état latent*, ou encore à *l'état initial*, non perceptible ou peu grave, chez les militaires au moment de leur incorporation.

Ces infirmités ou maladies, dites *constitutionnelles*, autrefois imputées uniquement à la constitution du porteur, peuvent manifestement être aggravées par les dangers, obligations ou fatigues du service militaire en général.

Dans ce cas, la responsabilité de l'État est engagée et reconnue par le congé de réforme n° 1...

Peut-on être plus net, interpréter de façon plus bienveillante les règlements envers les victimes, toutes les victimes de la guerre ?

C'est, quatre années avant la lettre, appliquer les dispositions généreuses de la loi du 31 mars 1919. Aujourd'hui les bienfaits de cette décision s'estompent dans le lointain, mais que de misères n'a-t-elle pas soulagées ! Pour ne citer qu'une seule maladie, par le fait de cette circulaire ont été indemnisés environ 40.000 tuberculeux, que les Commissions rejetaient jusque-là dans la réforme n° 2 : autant de malheureux tombés sans ressources dans la population civile et y apportant les germes de démoralisation qu'on peut imaginer.

Centres de réforme. — Ces innovations, si heureuses soient-elles, n'auraient pu produire tous leurs effets sans l'institution des centres de réformes, prolongement de la Commission consultative médicale, sorte d'armature du Service médico-légal dans les régions. Connus au début sous le nom d'hôpitaux-dépôts, ils ne prennent l'appellation de Centres spéciaux de réforme que dans la circulaire du 20 août 1916. Dans la zone des armées, ils portent le nom de Services médicaux de réforme et d'indemnisation. Pour simplifier, la dénomination de Centre de réforme est la seule que nous emploierons.

Pensions de Retraites. — Types d'infirmités.

RETRAITE 1ère CLASSE

CÉCITÉ

DOUBLE ÉNUCLÉATION

APRÈS PROTHÈSE

RETRAITE IIème CLASSE

AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS GAUCHE ET DE LA CUISSE DROITE

RETRAITE IIIème CLASSE

RETRAITE IIIème CLASSE

RETRAITÉS DE 1re, 2me ET 3me CLASSES.

LÉSIONS INITIALES

APRÈS PROTHÈSE

RETRAITE IVème CLASSE N° 4

RETRAITE IVème CLASSE N° 4

RETRAITE IVème CLASSE

RETRAITE IVème CLASSE

RETRAITE Vème CLASSE N° 17

RETRAITE Vème CLASSE N° 27

RETRAITE Vème CLASSE N° 42

RETRAITE Vème CLASSE N° 42

RETRAITÉS DE 4me ET 5me CLASSES.

RETRAITE VIème CLASSE N° 58

RETRAITE VIème CLASSE N° 60

RETRAITE VIème CLASSE N° 63

RETRAITE VIème CLASSE N° 65

RETRAITÉS DE 6me CLASSE.

Leur nombre est de 70 ; leur répartition a été calculée suivant les conditions urbaines, géographiques, de communications, etc... Les médecins-experts en doivent être choisis avec le plus grand soin par les Directeurs du Service de Santé régionaux et faire l'objet d'une véritable sélection.

Ils sont pris parmi les médecins reconnus inaptes définitivement au service des armées, ou dégagés de toute obligation militaire, ou dont la date de retour au front est très éloignée. Toutes ces conditions impliquent chez les élus un âge, une expérience désirables. On recherche aussi ceux qui sont experts près les tribunaux civils. Ils doivent avoir fait un stage à la Commission consultative médicale ou être inscrits pour le faire. Enfin, ils sont stabilisés.

Ce système a rapidement donné un corps de médecins-experts de grande valeur, opérant suivant une méthode uniforme, dont la compétence indiscutée s'étendait à toutes les questions d'indemnisation, de réforme, d'aptitude physique au service militaire, d'accidents du travail, etc...

L'un de ses avantages était d'offrir aux blessés toutes garanties pour l'évaluation équitable de leurs infirmités. Ajoutons qu'en toute occasion, notamment au cours de leurs stages, ils recevaient la ferme et invariable indication de se montrer, dans les limites de l'équité et de la justice, bienveillants et généreux pour les glorieux blessés ou malades à qui la nation doit tant de reconnaissance.

Les Centres de réforme possèdent la constitution habituelle des formations sanitaires. Les archives en sont constituées avec soin. Elles comprennent tous les règlements depuis le début des hostilités, reçoivent le bulletin officiel du Ministère. Les experts sont pourvus chacun d'un exemplaire de la circulaire mensuelle de la Commission consultative médicale. Le médecin-chef est en rapports journaliers, même téléphoniques, avec cette Commission.

Chaque blessé ou malade examiné laisse des traces de son passage, en un petit dossier, contenant la minute des certificats d'experts, le libellé complet de ses infirmités. Le tout est classé en un fichier qui permet de retrouver à l'instant ces renseignements. On voit les services que peut rendre, pour le présent et l'avenir, pareille organisation.

Tout malade ou blessé, tout militaire en observation, susceptible d'une décision médico-légale, doit être évacué sur le Centre de réforme. Avec la prolongation de la guerre, l'action et le travail de ces formations ne fait que grandir en raison de la compétence des experts qui offre au Commandement et aux diverses autorités et services l'attrait de solutions équitables. Leur rôle toujours plus important s'étend à tel point qu'il faut nous borner à donner l'énumération, sans autres commentaires, de leurs principales attributions.

1° Présentation des militaires et anciens militaires susceptibles d'être indemnisés, après instruction et mise au point de leur situation médico-légale ;

2° Visite annuelle ou bisannuelle des blessés ou malades titulaires de gratifications renouvelables ;

3° Assistance aux Commissions de convalescence durant la période qui s'étend du 25 juin 1917 au 21 mars 1919 (action très importante pour la récupération) ;

4° Examen des hommes sollicitant le bénéfice de l'allocation temporaire mensuelle (loi du 9 décembre 1916) ;

5° Contre-visite prévue par la loi du 17 août 1915 (loi Dalbiez) et visites prévues par la loi du 10 août 1917 ;

6° Examen devant les Conseils de révision ;

7° Visite à domicile des intransportables, principalement des aliénés et tuberculeux ;

8° Réforme et mise en non-activité des officiers de l'active ;

9° Mise hors cadre ou radiation des cadres pour infirmités des officiers de complément ;

10° Examen des militaires évacués des armées à la suite de blessures ou de maladies et sollicitant l'attribution de distinctions honorifiques ;

11° Accidents du travail dans les établissements travaillant pour la Guerre ;

12° Expertises diverses demandées par le Ministre, les autorités supérieures centrales ou régionales, les autorités militaires locales.

Médecins consultants médico-légaux. — Dès qu'un blessé ou malade entre dans une formation sanitaire, le médecin traitant prévoit si la blessure ou la maladie pourra ouvrir des droits à une pension ou gratification. En cas d'affirmative, il a reçu par la circulaire 39 Ci 7 l'ordre de réunir le dossier administratif de l'intéressé.

Mais l'expérience a vite montré que ces prescriptions restaient lettre morte. Le Directeur-adjoint régional a des attributions trop étendues pour veiller à l'exécution de ces ordres. Voilà les motifs de la création du médecin consultant médico-légal attaché à la Direction régionale, jouant le rôle de Directeur-adjoint en tout ce qui concerne le Service médico-légal. Sa fonction essentielle est de visiter les formations et dépôts de corps de troupes de la région, et de désigner tous les hommes à évacuer sur les Centres de réforme pour décision médico-légale. Véritables contrôleurs ou *missi dominici*, les médecins consultants établissent une liaison étroite et constante entre la Commission consultative médicale, les Directeurs du Service de Santé des régions, les Centres de réforme et les Commissions de

réforme. Convoqués chaque mois à Paris, ils surveillent et traitent la constitution des dossiers dans les formations sanitaires et les corps de troupes, provoquent la sortie des indemnisables maintenus sans raison, indiquent les besoins de chaque région, et, s'il est nécessaire, signalent les défaillances des médecins-experts de leur ressort. Ils ont rendu les plus grands services à l'indemnisation des invalides de la guerre.

On aperçoit ainsi l'organisation et le fonctionnement du service sur toute l'échelle, depuis les corps de troupes et les formations sanitaires jusqu'à l'Administration centrale.

Les organes principaux en sont les suivants :

Les médecins consultants médico-légaux, compétents pour faire éclore les dossiers, réaliser le triage des indemnisables, les acheminer sur les Centres de réforme ;

Les Commissions régionales d'expertises, apportant l'unité de méthode et de doctrine, l'unité d'appréciation dans toutes les régions ;

Les Centres de réforme avec leurs experts qualifiés, non loin des Centres de spécialités, présentant les affaires étudiées et les hommes prêts à passer devant les Commissions de réformes ;

La Commission consultative médicale remettant au Service général des Pensions, à l'Administration centrale, les dossiers contrôlés et revêtus de son avis, pour liquidation.

Rôle de la Commission consultative médicale,
Centralisation, Instruction, Direction.

Sous l'impulsion du Sous-Secrétaire d'État, la Commission consultative médicale a été le moteur de tout le mécanisme du Service médico-légal. L'action de cette Commission a été considérable, ses initiatives et ses travaux ont eu des répercussions très-étendues. Mais la place pour les relater nous est mesurée. Il faut éliminer des questions fort importantes, même de celles qui touchent aux droits des malades et blessés de la guerre. A la difficulté de choisir se mêle le regret de morceler, de fragmenter l'ensemble, de laisser dans l'ombre des faits de grand intérêt.

La Commission consultative médicale a été créée pour remplacer le Comité de Santé, dont les membres ont été, dès la mobilisation, dispersés aux armées. Revêtir de son avis les dossiers d'indemnisation présentés par le Service général des Pensions, suivant les dispositions légales de l'ordonnance de 1831, et aussi toutes autres propositions soumises par les diverses directions du Ministère, c'est là sa fonction essentielle. Pour émettre son avis en connaissance de cause, cette assemblée doit étudier les questions et constater les lacunes, erreurs ou omissions : d'où ses facultés de conseils et de suggestions auprès du Ministre pour les instructions à donner, les réformes à exécuter, les décisions à prendre.

Un président, un vice-président, un nombre variable, suivant les besoins, de médecins idoines, choisis d'après leurs travaux antérieurs, forment la Commission. Les commissaires se divisent en deux groupes, examinateurs de dossiers au premier degré, vérificateurs au deuxième degré. Il existe un nombre variable de sous-commissions.

Un des premiers soins de la Commission consultative médicale fut d'unifier la doctrine médico-légale dans le territoire de la métropole et des colonies. C'est la raison des institutions déjà décrites. Malgré tout, multiples étaient les cas d'espèces nés de la guerre où l'échelle de gravité ne suffisait point. A Paris comme en province, elle a soumis les malades et cas litigieux aux maîtres de la science dont le concours fut empressé. Ainsi sont venus dans ses archives une collection précieuse de rapports de la plus haute valeur et d'études fort instructives, émanant de maîtres qui se sont dévoués à l'étude de ces questions avec la sollicitude et le dévouement que



Photo Musée du Val-de-Grâce.

CENTRE SPÉCIAL DE RÉFORME DE LYON. — CERCLE DU SOLDAT.

pouvait inspirer l'intérêt des blessés. Les noms de ces maîtres, amis des blessés, s'accumuleraient sous la plume ; ils ne peuvent être tous cités. Aussi nous abstiendrons-nous de nommer même les principaux d'entre eux qui ont obtenu du Sous-Secrétaire d'État, des lettres de remerciements et de félicitations. Leurs études et rapports sont précieusement conservés aux archives de la Commission.

Plusieurs sociétés savantes (neurologie, ophtalmologie, etc...) se sont réunies et ont discuté en séance plénière les questions posées par la Commission consultative médicale. De même en est-il pour les réunions de Centres de spécialités : objets de délibération et résultats définitifs dont la Commission pouvait nourrir, en ses instructions, les experts des Centres de réforme.

FICHIER. — Il a joué un tel rôle et déjà rendu tant et de si éminents services que nous ne pouvons le passer sous silence. La Commission consultative médicale n'avait point le devoir de le constituer ; elle l'a établi cependant en prévision de l'avenir ; heureuse et féconde initiative dont tout le monde se félicite aujourd'hui.

Toutes les propositions arrivées à la Commission sont l'objet d'un rapport résumant le dossier, où l'on voit les noms, prénoms, situation militaire, histoire résumée de la maladie ou blessure avec ses conséquences anatomiques et fonctionnelles, le degré d'invalidité proposé. Les minutes en sont classées par années et par numéros d'ordre correspondant à celui des dossiers.

Une première série de fiches blanches résume ces données ; elle est classée par régions du corps et suivant les numéros d'une nomenclature spéciale.

Une deuxième série de fiches violettes contient les nom, prénoms, grades, corps, classe du recrutement, les numéros des minutes et des fiches blanches correspondant à ces noms. Cette série est classée par ordre alphabétique : elle constitue une sorte de dictionnaire où l'on retrouve à l'instant les noms d'un intéressé quelconque et la place du rapport, du dossier, de la fiche blanche qui le concerne.

Grâce à ce double jeu des fiches, il suffit donc de connaître les nom, prénoms et corps du postulant pour avoir aussitôt tous les renseignements offerts par la minute du rapport afférent à chaque dossier, le libellé des infirmités, les considérants et les avis de la Commission concernant l'origine, le degré d'invalidité, l'incurabilité ou la curabilité de ces infirmités.

Chaque invalide de la guerre possède ainsi ses archives.

Pour établir des budgets, pour faire des prévisions, il faut des données statistiques. C'est là que les Sous-Secrétaire d'État et Ministre des Pensions les ont trouvées en presque totalité. Le jour de l'armistice, le fichier possédait ainsi plus de 400.000 noms, tous ceux qui avaient été touchés par le Service médico-légal.

L'article 64 de la nouvelle loi des Pensions concède aux invalides de la guerre des soins médicaux gratuits, leur vie durant, mais seulement pour les blessures ou infirmités tirant leur origine du service militaire. Pour l'application de cet article, le Service général des Pensions est tout désigné, en vertu de ses fonctions propres. C'est lui qui est l'administrateur des invalides de la guerre ; il les suit dans la vie civile, doit noter leurs mutations, etc... il possède et conserve tous leurs dossiers, dont la Commission consultative médicale n'a que la minute, où sont inscrits les libellés des infirmités imputables au service militaire. Mais cet énorme stock de dossiers et documents manque de tout classement : le Service des Pensions se déclare officiellement incapable de fournir les libellés demandés. Cependant les réclamations grondent... Où trouvera-t-on les renseignements nécessaires, inéluctables pour l'application de la loi ?... Au fichier de la Commission consultative médicale, qui les a livrés par centaines de mille.

Aux blessés ou malades porteurs d'une infirmité occasionnant un degré d'invalidité d'au moins 50 % une loi récente a conféré le droit de réduction au quart du tarif pour les voyages en chemin de fer. Un grand nombre de pensions non liquidées possèdent ce droit ; qui en fournira la preuve pour chacun des titulaires ?

Pour les mêmes raisons que ci-dessus, c'est la Commission consultative et son fichier qui ont fourni les certificats individuels à chaque invalide et permis l'exécution de la loi.

Le Traité de Versailles met à la charge des Allemands le paiement des Pensions de la Guerre. Ces derniers ont demandé à s'acquitter par une somme globale, sorte de forfait à fixer. En vue de calculer le chiffre de ce forfait, la Commission des réparations s'est adressée au Ministre des Pensions.

On a proposé de se baser, par des procédés analogues à ceux des compagnies d'assurances, sur le coefficient de vieillissement produit par les blessures et maladies de la guerre.

L'Académie de Médecine d'un côté, la Commission consultative médicale de l'autre, ont été invitées à proposer une réponse en solution de la question posée.

Grâce à son fichier où cinquante personnes ont, en un mois, dressé une statistique complète, c'est la Commission consultative seule qui a pu renseigner le Ministre et la Commission des réparations.

Au cours de la préparation de la loi sur les Pensions, dès 1915, la Commission a donné de nombreux renseignements et rédigé nombre de mémoires mis à profit par les rapporteurs de la loi, MM. Pierre Masse et Lugol, et par le Président de la Commission des Pensions à la Chambre, M. Lefas.

Le Président de la Commission consultative a été Commissaire du Gouvernement à la Chambre et au Sénat, lors de la discussion sur la nouvelle loi.

Nouveau guide-barème. — En prévision de l'application de cette loi future, la Commission consultative avait jugé que le guide-barême, rédigé par elle en 1915, devait être remanié. Ce guide était discuté parce que publié par le Sous-Secrétaire d'État. La Commission a proposé de faire établir un nouveau guide-barême par des auteurs dont l'autorité fût indiscutable.

Un arrêté du Sous-Secrétaire d'État, M. Justin Godart, du 20 avril 1916, décide la création d'une grande Commission, dite Commission du Guide-Barême, composée de parlementaires, de fonctionnaires, de juristes, de médecins, chirurgiens et spécialistes. Après un certain nombre de délibérations sur les principes, une Sous-Commission est nommée pour élaborer le travail d'ensemble. Elle se composait du Médecin inspecteur Duco, président; des Professeurs Landouzy, Pierre Marie, Achard, Lejars, Legueux, de Lapersonne; de MM. Lermoyez, Frey, Vibert, Dercle et Blum. Faisant table rase de tous documents ou textes législatifs antérieurs, les auteurs s'inspirent uniquement des données scientifiques, en évaluant, non la réduction de capacité professionnelle, mais la réduction de capacité fonctionnelle, le dommage absolu en dehors de toute contingence de profession. Le sujet était neuf et vaste : le champ d'expertise s'étend sur toute la pathologie médicale et chirurgicale. Chaque membre fournit, suivant sa spécialité, un rapport à discuter en séance plénière. C'est d'une sorte de compression de tous ces mémoires qu'est né le travail d'ensemble qui, sous son modeste volume, sa rigidité, son aridité voulues, représente huit mois de labeur assidu pour tous les membres de la Sous-Commission. Ces divers rapports et la dactylographie des séances sont conservés dans les archives de la Commission consultative médicale.

Tel qu'il est sorti de la Sous-Commission, le guide-barême a été imprimé à un petit nombre d'exemplaires distribués aux membres du Parlement, qui l'ont attaqué en se plaçant à certains points de vue étrangers aux données scientifiques.

L'édition bleue, parue sous forme d'une instruction ministérielle n° 831 Ci 7, du 10 juillet 1919, est une édition modifiée par M. Mourier, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, sur divers points, et cela en dehors de la Commission consultative médicale, des professeurs et spécialistes qui l'avaient rédigé et arrêté. Cette édition ne représente donc plus, contrairement à l'opinion courante, notamment pour les maladies nerveuses, les idées des maîtres éminents qui en étaient les auteurs.

Le vrai guide-barême de la Sous-Commission (édition jaune) a été adopté par les États-Unis, l'Angleterre, l'Italie, la Belgique.

C'est dans la préparation du guide-barême de 1919 qu'a été soulevé pour la première fois le problème d'*évaluation des infirmités multiples.* La solution adoptée fut celle qu'on a élaborée à la Commission consultative.

Le texte de la nouvelle loi l'a rendue légale.

Nous regrettons de ne pouvoir relater tout au long la genèse de ce travail, inspiré par la constante sollicitude de la Commission pour les invalides de la guerre (1).

Circulaire mensuelle. — Tout ce qui précède a montré que l'unité de doctrine médico-légale et d'action était indispensable. Un invalide, vu à Bayonne, doit être indemnisé de même façon qu'à Dijon ou à Alger. C'est à cet effet que la circulaire mensuelle de la Commission consultative médicale a été créée en 1917. Elle signale, en les résumant parfois, les documents officiels de base parus dans le mois et donne la solution de cas litigieux. Tous les experts la possèdent. Mais, élaborée pour le Service médico-légal, elle a été demandée par un grand nombre d'officiers de commandement, de chefs de services de toutes armes, en raison des documents et renseignements divers qu'elle contenait. Le Service médico-légal en a retiré toute satisfaction.

Aptitude physique. — Parmi les travaux de la Commission figure le volume sur l'aptitude physique au service militaire. En raison de l'expérience des commissaires sur les réformes et les expertises, le Sous-Secrétaire d'État lui confia la rédaction de cette instruction.

C'est la Commission encore qui a rédigé les diverses circulaires et instructions sur les convalescences.

(1) Pour cet exposé, voir Janbreau, *Chirurgie réparatrice et orthopédique*, tome II, Masson, Paris, 1920.

Le fonctionnement des commissions visitant les convalescents avait été si défectueux que l'on a dû faire assister ces Commissions par un expert, au moins, des Centres de réforme. Cette charge, sur laquelle nous ne pouvons insister, a été, en raison des déplacements aux sièges des Commissions nécessités par ce service, l'une des plus lourdes du Service médico-légal. Elle est demeurée aussi des plus fécondes pour la récupération des malades ou blessés guéris et leur retour au front des armées. Nous laissons au lecteur le soin de juger l'importance et les répercussions de ce Service que nous ne pouvons que mentionner.

Préparation de l'après-guerre. — Enfin, arrivée à l'époque de l'armistice, la Commission consultative présente au Sous-Secrétaire d'État, alors M. Mourier, un projet d'organisation du Service médico-légal d'après la guerre.

Ce projet faisait ressortir :

1° L'impossibilité d'assurer l'expertise médicale avec les seuls médecins militaires ;

2° La nécessité de recourir à l'aide et aux lumières des médecins démobilisés ;

3° L'avantage qu'il y aurait à préparer la collaboration des médecins de l'active et des médecins démobilisés et, parmi ces derniers, de ceux qui s'étaient occupés spécialement de l'expertise médico-légale pendant la guerre. De même qu'un docteur en droit ne peut, sans une longue préparation, être indifféremment notaire, avoué ou avocat, de même un docteur en médecine n'est pas, du jour au lendemain, un médecin-expert. Ce n'est pas cette thèse qui a prévalu : M. Mourier, Sous-Secrétaire d'État au Service de Santé, a estimé que tout médecin était apte à l'expertise.

Par cet exposé fort incomplet, on peut cependant se rendre compte de l'œuvre considérable de la Commission consultative, pendant toute la guerre, jusqu'à l'armistice, œuvre que nous pouvons résumer comme il suit :

Elle crée de toutes pièces l'expertise médico-légale militaire, institue et organise les Centres de réforme qui, après la fin des hostilités, restent les rouages essentiels de l'indemnisation des malades et blessés. Elle dote le pays d'un corps d'experts instruits et laborieux, qui sauront faire accorder aux glorieuses victimes de la guerre les justes réparations auxquelles elles ont droit.

La Commission consultative médicale prend soin de réunir et de conserver, dans ses archives, des renseignements d'ordre médical et chirurgical, d'une haute valeur scientifique, où des maîtres éminents sont déjà venus puiser. Elle constitue un fichier où les invalides ont pu, par centaines de mille, trouver des renseignements authentiques en exécution des lois.

Sous l'autorité bienveillante de M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État pendant près de trois ans, en liaison avec le Conseil d'État et le Service général des Pensions, elle marche avec eux dans la voie toujours plus libérale que désire le pays, et met, au service des membres du Parlement qui préparent la loi les fruits de son expérience.

Elle refait le règlement sur l'aptitude physique au service militaire, imagine le calcul sur les infirmités multiples, contribue à l'élaboration de deux guides-barêmes des invalidités, aide à la conservation des effectifs, s'inquiète de la situation des accidentés du travail, s'attache à l'avenir des mutilés et malades.

Par ses travaux et ses publications, par son action directe sur tous les points du territoire, la Commission consultative voit son influence grandir chaque jour et s'étendre.

Des missions anglaises, italiennes, américaines, espagnoles viennent se renseigner auprès d'elle. Un de ses membres, le Médecin Principal Dercle, est détaché aux États-Unis pour contribuer à l'organisation du Service de Santé de la jeune armée américaine ; son Président est nommé Commissaire du Gouvernement pour la discussion de la loi sur les pensions militaires.

Avec le concours de médecins militaires de carrière et de complément qui, commissaires ou experts, ont rivalisé de zèle et de dévouement, la Commission consultative médicale a conscience d'être restée à la hauteur de la grande tâche que, durant trois années, lui avait confiée M. Justin Godart.

Cette tâche était de servir la plus noble des causes : celle des blessés et malades de la grande guerre.

Au cours de la période d'activité de la Commission que nous envisageons, c'est-à-dire de 1915 à l'armistice, elle a examiné quatre cent vingt mille dossiers.

Un mot sur la période d'après-guerre. — M. Mourier, successeur de M. Justin Godart, conserve intacte, jusqu'à l'armistice, toute l'organisation médico-légale. Mais, dès le commencement de 1919, obéissant aux suggestions d'un contrôleur de l'Administration de l'armée, membre influent de son cabinet, il a mis en pièces l'édifice préétabli.

L'armature des Centres de réforme, d'ailleurs modifiés, résiste seule aux remaniements. Mais les experts civils, largement rétribués, en sont désignés par le Sous-Secrétaire d'État lui-même, sans préparation antérieure, sans instruction actuelle. La Commission consultative médicale qui, seule, voit et contrôle les dossiers et productions des Centres, n'a plus aucun rôle de conseil, d'instruction, d'information. Les instructions médico-légales, l'interprétation

des textes légaux, les règles d'expertises sont dictées par le Sous-Secrétaire d'État ou son Cabinet, privés des renseignements et documents fournis par les dossiers. Système nouveau dont le résultat aboutit à la situation que l'on peut voir la deuxième année après la guerre.

Nous n'aurons garde d'y rien critiquer... Ce serait excéder le cadre de cette étude qui se limite par la durée de la guerre.

Mais il convient de faire d'un mot ces constatations et d'éviter ainsi tout malentendu, toute confusion dans l'esprit du lecteur.

CONCLUSION. — Nul ne peut ignorer le chapitre glorieux, à l'actif du Service de Santé, dans l'histoire de la grande guerre. Sur le terrain et au cours de la bataille, dans les tranchées, et, plus tard, en arrière de la ligne de feu, il relève, assiste, panse, soigne, opère les blessés. Il les transporte dans ses trains sanitaires, leur rend la santé dans les formations de l'intérieur, récupère les guéris, remet, au cours des années, plusieurs fois, tous ou presque tous les mobilisés aux mains du Commandement, jusqu'à la victoire finale.

Nous croyons avoir montré que de plus, rôle moins connu, le Service de Santé assume la charge presque entière de l'indemnisation des blessés et malades non récupérables. N'a-t-il pas ainsi servi, jusqu'au bout, l'intérêt des blessés et contribué puissamment au calme de l'opinion publique devant l'ennemi ?

Médecin Inspecteur DUCO.

CHAPITRE XXI

LES AUMONIERS AUX ARMÉES

Nous remercions bien vivement la direction de *Science et Dévouement* de nous avoir offert d'écrire quelques pages sur l'Aumônerie militaire pendant la guerre.

Nous y voyons un nouveau témoignage de cette sympathie qui a uni, au cours de la guerre, les médecins et les aumôniers. Ils eurent ensemble les rapports les plus agréables, les plus cordiaux. Les médecins sont des hommes distingués, d'une haute culture intellectuelle. Les conversations avec eux étaient souvent si intéressantes ! Que de questions de philosophie, de littérature, d'art, on remuait !

Il nous souvient d'un jeune médecin auxiliaire, passionné de Beethoven, doué d'un superbe talent de pianiste (1). A Verdun, en janvier 1917, un matin, vers les cinq heures, lorsque l'artillerie allemande redoublait son tir de nuit, pour empêcher les dernières relèves, il s'approchait d'un mauvais poste de secours où se trouvait à cet instant l'aumônier volontaire de la division. « Je dois être blessé, dit-il ; nous avons été surpris par un tir de barrage, en traversant Bras. Ce poste de secours était entre Bras et les Carrières d'Haudremont. J'ai reçu un éclat d'obus ou une pierre dans ma guêtre ». Mais il prononçait ces paroles si joyeusement, du ton d'une âme naturellement héroïque, que l'aumônier de chanter la première phrase du *Poce Allegretto* de la 10e *Sonate*, pour piano et violon, de Beethoven. *Sol, do, si, la, sol, la, ré, ré.* Le jeune major continua immédiatement la seconde phrase. L'aumônier prit la troisième ; le médecin auxiliaire la quatrième et il s'écria : « Ce ne peut être que l'aumônier ! » En effet, le jeune major et l'aumônier étaient aussi fanatiques de musique, l'un que l'autre.

Combien de fois aussi, avons-nous parcouru les premières lignes avec les médecins ! Pendant ce même séjour, à Verdun, à droite de la côte du Poivre, avec le médecin-chef du 325e (2), à différentes reprises, nous fîmes le tour de tous les petits postes de secours. Un jour, nous étions à peine entrés dans un de ces postes, que deux obus tombèrent à vingt mètres de nous, à cinquante centimètres l'un de l'autre, exactement sur le sentier couvert de neige où nous venions de passer, si bien qu'avec un retard de dix secondes, nous aurions été tués tous les deux, non pas seulement par les éclats, mais chacun par un projectile.

Et encore un peu avant, en mars 1916, toujours à Verdun, dans un petit bois écrasé d'obus de gros calibre, nous passions la nuit avec quelques brancardiers et un tout jeune médecin auxiliaire (3). Ce jeune homme était tellement courageux et dévoué qu'il n'attendait pas, après d'effroyables bombardements, que l'on appelât les brancardiers. De lui-même, il courait à travers les deux compagnies en



Photo Meurisse.

AUMONIER MILITAIRE SUR LE FRONT

(1) M. Musse, aujourd'hui aide-major.

(2) Docteur Guichot, Ponson-Dessus (Basses-Pyrénées).

(3) Le Docteur Lesur, à Paris.



Photo Boyer.

AUMONIER DIVISIONNAIRE EN TOURNÉE.

réserve dans ce bois, pour demander s'il n'y avait pas quelques blessés. Au Cornillet, il se conduisit aussi intrépidement.

A Berry-au-Bac, pendant les journées des 16, 17, 18 avril 1917, le médecin-chef du G. B. D. de la 42e D. I., grâce à son éminent esprit d'organisation, et sous la direction de M. Loustalo, médecin-major de 1re classe, médecin divisionnaire, sauve de la mort un très grand nombre de blessés (1).

Chaque aumônier pourrait citer une multitude de traits semblables. Et combien de fois, médecins et aumôniers ont été unis dans les blessures et dans la mort.

Dans la nuit du 25 octobre 1914, une surprise eut lieu à Dixmude, occupée par nos héroïques mathurins. L'abbé Le Helloco, aumônier du 2e régiment de la brigade des marins, depuis chevalier de la Légion d'honneur, et le Dr Duguet, médecin principal, sont touchés.

Le Dr Duguet avait été frappé d'une balle au ventre ; l'abbé Le Helloco était atteint à la tête, au bras et au rein droit. Les deux corps se touchaient.

— Monsieur l'abbé, murmura le Dr Duguet, nous sommes perdus. Donnez-moi l'absolution...

L'abbé trouva la force de lever son bras alourdi et de tracer sur le mourant, le signe du pardon. Puis, il s'évanouit et ce fut son salut (2).

Quelques mots sur l'organisation, sur le service de l'aumônerie.

Le décret du 5 mai 1913 était en vigueur. Il prévoyait quatre aumôniers catholiques titulaires par Corps d'Armée. Ces quatre aumôniers étaient ainsi répartis : Un dans chacun des groupes de brancardiers divisionnaires et deux au groupe de brancardiers de Corps.

Il y avait donc un seul aumônier par division. Une division comprenait alors à peu près 15.000 hommes. Un seul aumônier ne pouvait suffire à tant d'hommes !

Les familles catholiques s'émurent. L'admirable M. de Mun se fit leur interprète auprès de M. le Président du Conseil et lui demanda de vouloir bien doubler le nombre des aumôniers. Bientôt après, M. Viviani, d'accord avec M. le Ministre de la Guerre et le Généralissime, donnait à M. de Mun une réponse favorable. Les familles lui en gardent une très profonde reconnaissance. *L'Écho de Paris* organisa, à l'intention des nouveaux aumôniers, une souscription qui, en quelques jours, dépassa 100.000 francs.

En novembre 1914, le Gouvernement leur accorda une allocation de 10 francs par jour.

MM. de Mun et Geoffroy de Grandmaison organisèrent l'aumônerie catholique.

Les premiers aumôniers partirent le 27 août 1914, une trentaine à la fois. Le lendemain, vingt-huit autres, et quelques jours après, cinquante encore les suivirent. On les appela les aumôniers « volontaires », mais ils furent, en réalité, à part la solde, assimilés en tout, pratiquement, aux aumôniers titulaires.

Les aumôniers, qu'ils fussent volontaires ou titulaires, avaient pour raison d'être d'assurer le service religieux auprès des troupes.

Ils devaient habiter au groupe de brancardiers divisionnaires. L'endroit était bien choisi, puisque, de là, ils pouvaient rayonner dans toute la division. De plus, et c'était la chose la plus importante, ils étaient immédiatement avertis quand il y avait un blessé. Le groupe divisionnaire devait, en effet, envoyer une voiture chercher le blessé. L'aumônier partait avec le brancardier de service et le tringlot. Pendant dix-huit mois et même davantage, des voitures hippomobiles assurèrent le service ; ensuite, ce furent des autos.

Cela permettait à l'aumônier de voir tous les blessés, sans exception. On allait les prendre jusqu'au poste de secours de leur bataillon ou de leur compagnie, car sans cesse une compagnie détachée aux avant-postes était assez éloignée du bataillon.

La nuit, on s'avançait plus loin que le jour, et quelquefois à cause de l'obscurité et de l'impossibilité absolue d'al-

(1) Le Docteur Bénazet, médecin-major de 2e classe.

(2) Charles Le Goffic. « Dixmude », *Revue des Deux-Mondes*, 15 mars 1915, page 384.

lumer une lumière quelconque, il y avait des accidents tragi-comiques. On versait, et si le blessé n'était pas trop sérieusement touché, il riait comme nous de cette mésaventure.

Sans doute, fréquemment, l'aumônier était en course et absent. Mais, par là même, souvent, il avait déjà vu le blessé et s'était trouvé dans son régiment, au moment du bombardement. Mais, quand il était au groupe divisionnaire, s'il n'avait pas passé dans cette compagnie depuis quelques jours, c'était une excellente occasion pour lui d'y retourner, et de voir tout au moins le médecin auxiliaire et les brancardiers du bataillon.

L'aumônier se faisait un devoir d'accompagner le blessé jusqu'à l'ambulance divisionnaire. Les plus près étaient à quatre ou cinq kilomètres ; les plus éloignées à vingt kilomètres des lignes. Oh ! dans ces voitures, que de souffrances, que de cris suppliants ! Mais aussi quelles consolations on pouvait prodiguer !

Comme il y avait des prêtres dans tous les bataillons, dès le début, presque tous brancardiers ou infirmiers, et après la loi Sixte-Quenin, plusieurs simples combattants, l'aumônier divisionnaire assurait, par eux, le service religieux. On peut dire que dans tous les bataillons, il y eut un prêtre reconnu tacitement comme aumônier par le colonel, le commandant et les soldats. Bien entendu, ce prêtre brancardier ou combattant, simple soldat ou caporal, ne touchait aucune solde particulière et n'avait aucun caractère officiel.

Ces aumôniers de bataillon aussi, venaient du groupe de brancardiers divisionnaires. Volontairement, ils acceptèrent un poste plus exposé, par pur dévouement.

Nous, aumôniers divisionnaires, nous devons proclamer très haut qu'ils furent, dans l'ensemble, dignes de tout éloge. Un très grand nombre furent admirables.

Ce que furent le dévouement, l'abnégation, l'esprit de sacrifice des prêtres-brancardiers sur le champ de bataille, les 72 médailles militaires et les 1.923 croix de guerre, avec 2.426 citations qui leur furent décernées, le disent hautement. (Ces chiffres sont du commencement de l'année 1919, et par conséquent beaucoup d'autres distinctions ont été attribuées depuis.) En outre, plus de 2.000 modestes aumôniers de bataillon et de leurs confrères combattants sont tombés au champ d'honneur.

L'aumônier divisionnaire, après avoir placé des prêtres, non seulement dans chaque bataillon, mais peu à peu dans tous les groupes d'artillerie et du génie, avait donc une grande liberté de mouvement.

Il pouvait courir les tranchées s'il le voulait, et autant qu'il le voulait. A ce point de vue, nous devons exprimer notre profonde reconnaissance aux chefs de l'armée et du Service de Santé, qui nous ont permis de circuler à travers la division et les premières lignes, à toute heure du jour et de la nuit, avec la plus absolue liberté.

Cette visite fréquente aux soldats dans les tranchées, était le vrai moyen de gagner leur estime et leur affection. C'était, par conséquent, l'unique moyen de leur faire du bien.

Sans doute, la prédication avait une action, mais cette prédication ne pouvait avoir d'influence réelle qu'à la condition d'être appuyée sur une vie de dévouement. Autrement, elle serait très vite devenue odieuse aux soldats. Nos plus fameux journalistes, qui exaltaient le courage dans leurs salles de rédaction bien chaudes de Paris, exerçaient sur la mentalité de l'arrière une influence très heureuse, mais ils irritaient les soldats. Un aumônier qui aurait prêché le patriotisme en termes véhéments et n'aurait pas exposé sans cesse sa vie, les aurait exaspérés !

Nous insistions dans nos sermons sur la justice de notre cause et l'agression brutale de l'adversaire, sur l'obligation pour les catholiques d'obéir au gouvernement de leur pays, lorsqu'il ne commande rien de contraire à leur conscience, et surtout sur la beauté du sacrifice qui constitue le fond même de la religion chrétienne, enfin, sur l'éternelle récompense que Dieu seul, dans sa justice et sa bonté infinies, peut donner au soldat victime de son devoir. Mais ces enseigne-



Photo Boyer.

AUMONIER VISITANT DES SOLDATS DANS UN CANTONNEMENT DE REPOS.

ments auraient été absolument inefficaces si l'aumônier n'avait pas donné l'exemple du dévouement. Melchior de Vogüé écrivait, il y a une trentaine d'années : « Laissons les grandes paroles à ceux qui donnent les grands exemples. »

Nous aurions rougi de honte devant les soldats, si nous n'avions pas essayé de partager un peu leurs dangers et leurs angoisses.

Oh ! les aumôniers n'avaient pas la prétention de prêcher le courage à des hommes qui, jour et nuit, étaient exposés à la mort et qui, simples soldats, avaient une vie beaucoup plus pénible que la leur. Mais ils voulaient leur témoigner leur sympathie. S'ils ont pu être parfois un soutien moral pour les soldats, c'est surtout par le cœur ; c'est en se faisant aimer d'eux. Les soldats, comme tous ceux qui souffrent, avaient l'âme très sensible, très affectueuse.

Aucun combattant, officier ou soldat, ne me contredira : Jamais nous n'avons aimé notre famille aussi tendrement que durant la guerre. La vie du cœur, chez ces hommes de combat, a été plus développée qu'à nul autre moment de leur vie. De là, cette amitié si sincère des tranchées, entre hommes si différents d'opinions politiques et religieuses. Or, l'aumônier représentait à leurs yeux, confusément sans doute, mais très réellement, la note de la miséricorde et de l'affection, un peu, de bien loin certes, hélas ! la mère de famille, tout ce côté de l'âme que le soldat cachait par une pudeur instinctive à ses chefs et à ses camarades.

Il allait à travers toutes les tranchées, de soldat en soldat, d'îlot en îlot. Souvent, la nuit, il profitait d'une patrouille ou d'un coureur pour passer d'une compagnie à l'autre. On parlait à voix basse, il y avait quelque chose de plus intime. C'était le contraire des fleurs. Elles s'ouvrent aux rayons du soleil et se ferment la nuit. L'âme du soldat, au contraire, s'ouvrait davantage à l'aumônier dans l'émoi mystérieux de la nuit.

Oh ! point de grandes phrases, simplement une poignée de main, quelques mots aimables, affectueux, une cigarette offerte, une pastille Valda ; puis il allait plus loin. De temps en temps, il s'arrêtait quelques minutes avec trois, quatre, cinq soldats réunis sur le rebord du petit talus d'un de ces postes sur lesquels les soldats montaient pour tirer ou pour observer.

— Monsieur l'aumônier, quand finira la guerre ?

C'était l'éternelle question. Quand un aumônier visitait dans sa journée deux bataillons en ligne, ce qui représentait 1.500 hommes, il entendait, sans aucune exagération, cette phrase au moins une centaine de fois. Et il fallait toujours y répondre avec bonne humeur, avec sympathie. Ce n'était pas le cas de plastronner, de faire des phrases sur le drapeau ou sur la nécessité de tenir, mais de répondre avec commisération :

— Ah ! mes pauvres amis, que je m'explique votre impatience ! Votre vie est si dure ! Quand je vous apporterai la fin de la guerre dans ma musette, comme je serai heureux !

Alors, les soldats riaient. C'est seulement lorsque plusieurs manifestaient une irritation profonde, une colère mal contenue, que l'aumônier disait, mais avec une voix qu'il s'efforçait de rendre d'autant plus douce qu'il sentait davantage d'irritation et d'amertume :

« Mes chers amis, cependant, on ne peut pas traiter pour le moment. Les Allemands occupent dix départements ; ils nous imposeraient des conditions de paix désastreuses. Ce serait la ruine de la France. C'est terrible, sans doute, et je comprends mieux que personne vos souffrances, vous le savez bien, mais c'est un engrenage fatal en quelque sorte ; il faut aller nécessairement jusqu'au bout. »



Photo Boyer.

MESSE DANS UNE CARRIÈRE DE LA SOMME.

Et combien d'aumôniers ont senti alors que leurs paroles portaient et que, certainement, ils avaient mis un peu de paix dans ces âmes souffrantes, si généreuses et si loyales ! A ce point de vue là, l'action de beaucoup d'aumôniers a été bienfaisante et très utile au point de vue patriotique, mais dans la proportion même où ils étaient aimés, et ils étaient aimés dans la mesure où les soldats sentaient qu'ils compatissaient à

leur sort, à leurs souffrances, et où ils se dévouaient en se montrant sans cesse aux points les plus dangereux, dans les secteurs et les jours d'attaque. C'est le cœur qui parle au cœur.

A plus forte raison en était-il de même au point de vue religieux. Beaucoup d'aumôniers n'ont pas essuyé un seul refus de la part des blessés, auxquels ils offraient le secours de leur ministère ou même de la part des combattants, auxquels ils proposaient l'absolution.



Photo Boyer.

MESSE CÉLÉBRÉE PAR UN PRÊTRE-SOLDAT FRANÇAIS DANS LES RUINES D'UNE MAISON.

Le plus bel auditoire qu'un aumônier ait contemplé de sa vie, quoiqu'il ait prêché souvent dans des églises très vastes, c'est certainement celui auquel il s'adressa, aux Carrières d'Haudremont. Il y avait là 2.000 hommes espacés sur une sorte de galerie creusée presque au sommet des Carrières. Celles-ci s'élevaient à pic au-dessus d'un ravin d'une quinzaine de mètres de profondeur. L'aumônier, un dimanche matin de janvier 1917, ayant comme le pressentiment que la journée allait être dure, crut de son devoir de proposer l'absolution à ces 2.000 hommes réunis. Il se posta face aux Carrières, à peu près au milieu de leur longueur, au-dessus du ravin. A sa gauche, un millier d'hommes dont les derniers étaient à deux cents mètres de distance ; autant à droite.

« Mes amis, » leur cria-t-il, — et la voix glissant le long des rochers de chaque côté, portait sa parole aux extrémités de cet immense amphithéâtre, triple du Colisée, il put se faire entendre du soldat le plus éloigné — « Mes amis, leur cria-t-il, puisque c'est dimanche et que je ne puis vous dire la messe car le bombardement est imminent, je vais vous donner l'absolution. Veuillez vous découvrir. » Et ce fut un spectacle grandiose de voir ces 2.000 hommes : un bataillon d'infanterie tout entier, une batterie d'artillerie, deux compagnies de génie, une compagnie de vieux R.A.T. se découvrir et s'incliner respectueusement.

L'aumônier traça un large signe de croix en criant de toutes ses forces les paroles de l'absolution, et il ajouta quelques mots vibrants pour relever leur courage. Puis, il descendit dans le ravin et alla prendre sa place sur la galerie au milieu des soldats. Cinq minutes plus tard, le bombardement commençait et le premier obus tombait à l'endroit précis où l'aumônier avait parlé.

Aux heures glorieuses et tragiques de cette épopée pleine de merveilles, la religion et la patrie se donnèrent la main sous les bras de la Croix et sous les plis du drapeau.

« *Pro aris et focis.* » Ces deux puissants amours ont uni leurs forces dans l'âme de nos soldats. Quelle similitude plus parfaite entre le mot d'ordre qui fait les héros et celui qui consacre les martyrs : « Ne craignez pas ceux qui ne peuvent tuer que le corps ! » Quelle ressemblance plus fidèle entre l'idéal présenté par la patrie à ses enfants et celui offert par le Christ à ses disciples : « La preuve la plus incontestable que l'on puisse donner de son dévouement, c'est de sacrifier sa vie pour ceux qu'on aime ! »

Source la plus pure du sentiment de l'honneur et de l'esprit de devoir, la religion devait forcément enfanter les hautes vertus qui font les braves.

C'est à cette source divine que l'immense majorité de nos vaillants combattants puisèrent cette abnégation dévouée, cet oubli parfait d'eux-mêmes et cette héroïque intrépidité qui firent d'eux les premiers soldats du monde.

L'impression que le patriotisme est une loi et que tous les intérêts cèdent devant l'intérêt général se grava profondément dans leurs âmes.

Aussi, quand vint pour eux l'heure de témoigner leur amour pour la France, ils se trouvèrent prêts à en fournir la preuve suprême, celle qui épuise toute la puissance du cœur, parce que l'homme n'a rien de plus à donner que sa vie.

Munis de toutes les saintes énergies du *Credo*, nos soldats défendirent les droits de la vérité, de la justice et de la civilisation avec une telle constance qu'ils provoquèrent chez l'ennemi même un étonnement mêlé de crainte, d'admiration et de respect.

Bref, appuyés sur leur foi, nos vaillants combattants aimèrent grandement leur patrie, bravant pour elle sans faiblesses les fatigues, les dangers et la mort.

Quant à ces héros qui succombèrent les uns face à l'ennemi sur la ligne de feu, les autres dévorés par une lente agonie sur un lit d'ambulance, ils tombèrent « sur les hauteurs du dévouement, du sacrifice et de la vraie gloire ».

Le Grand Augustin dirait aujourd'hui du soldat français : « Dieu l'a fait pour orner le siècle présent. »

Aussi bien l'affection des aumôniers pour ces chers soldats, devenait chaque jour plus profonde, et combien leur mort retentissait douloureusement en leur cœur !

Que de nuits certains aumôniers passèrent auprès des corps de ces nobles victimes ! Ne devaient-ils pas acquitter un peu, au nom de leur famille, un tribut de larmes et des prières ? A la lueur tremblante d'une bougie, ils regardaient longuement, durant la nuit, ces hommes dont ils avaient si souvent serré la main virile et recueilli le bon sourire. Toujours ils ont été frappés de l'expression admirable de sérénité et de majesté qui était répandue sur leurs visages. Ces héros frappés en pleine vie semblaient tous protester doucement, presque comme de petits enfants, contre la méchanceté humaine !

Le lendemain, c'était l'enterrement si modeste. Un piquet de soldats simplement, lorsque les camarades étaient aux lignes. Et à la pensée que l'on ignorait encore là-bas, au village ou au faubourg, l'affreuse nouvelle, et qu'en ce moment probablement arrivait une lettre du défunt, et que la mère dirait aux enfants : « Mes enfants, votre père va bien, votre grand frère viendra bientôt en permission ; il vous embrasse mes chéris », et que dans quelques jours l'épouvantable malheur serait connu, que le cœur de la mère serait brisé, que le père serait peut-être abattu d'un seul coup, que l'âme de l'épouse serait déchirée et que les enfants, pour la première fois de leur vie, verseraient de vraies larmes, non pas pour un caprice, hélas ! mais des larmes amères et inconsolables, les aumôniers sentaient toujours quelque chose de ce frémissement sacré qui a fait trembler Jésus lui-même, devant le tombeau de Lazare, et ils avaient besoin de toute leur énergie pour que les paroles ne leur restassent pas dans la gorge et qu'ils pussent articuler les dernières prières !

Combien d'aumôniers sont allés rejoindre ces vaillants, et ont été frappés comme eux dans l'exercice de leurs fonctions !

Loin de nous la pensée de prétendre que la religion catholique détient le monopole du dévouement : « L'Esprit-Saint souffle où il veut », suivant l'adage sacré.

Nous avons été souvent les témoins émus d'actes sublimes accomplis par des hommes ne partageant pas notre foi.

M. le Pasteur de Richemont, dont le courage était proverbial au Corps d'Armée colonial où il servait comme aumônier, se fit héroïquement tuer sur le champ de bataille.

M. Bloch, aumônier israélite, attaché à la 58e division, reçut également la mort dans des circonstances bien touchantes.

Au moment de l'évacuation de Saint-Dié, en 1914, un de nos blessés, le prenant pour un aumônier catholique, le pria de lui donner un crucifix. Le courageux rabbin courut lui en chercher un. Il venait de l'approcher de ses lèvres agonisantes et il accompagnait un autre blessé jusqu'à la voiture d'ambulance la plus proche, quand il fut mortellement atteint par un obus.



Mgr DE LHOBET, ÉVÊQUE DE GAP,
AUPRÈS DE LA TOMBE D'UN PRÊTRE-SOLDAT DE SON DIOCÈSE,
AU CIMETIÈRE MILITAIRE DE CROUY-VAUXROT, EN MAI 1918.

Honneur et gloire à ces héros ! Qu'ils reçoivent le très respectueux et très sincère hommage de notre vive et fraternelle admiration !

C'est en secourant des blessés dans des villages bombardés que furent tués, entre beaucoup d'autres, l'abbé Marchal, ancien directeur des Œuvres militaires à Épinal, et l'abbé Voisin, aumônier du Lycée Saint-Étienne, aumôniers divisionnaires tous les deux.

Le champ de bataille vit encore tomber et mourir sur le terrain lui-même, toute une phalange d'aumôniers volontaires ou titulaires : MM. Passeron (Nevers) ; Thinot (Reims) ; Bounemayre, 33e artillerie ; Coulbois (Sens), 4e chasseurs à pieds ; Gayraud (Rodez) ; Évrard (Arras), 3e zouaves ; Lestienne (Lille), 51e division ; Henry (Nancy), 11e division.

Ainsi, furent sérieusement blessés aussi : MM. Tessier (Le Mans) ; Bergey (Bordeaux), tous deux décorés de la Légion d'honneur, et Quénet. Ce dernier, grièvement atteint par des éclats d'obus, dit sa citation à l'Ordre de

l'Armée, ne voulut pas se laisser panser avant d'avoir donné les derniers secours de la religion à un homme mortellement blessé à ses côtés. C'est en plein champ de bataille que tomba le chanoine Saglio (1). Au témoignage de ses chefs, M. Saglio accompagnait toujours les vagues d'assaut, électrisait les hommes par son courage et relevait les blessés.

— Nous n'avons jamais rencontré pareille adaptation, pareille compénétration des vertus militaires et sacerdotales, disait un brancardier (2).

Quel incomparable aumônier fut M. l'abbé Paulet, vicaire à Saint-Honoré-d'Eylau, qui paya de sa vie son dévouement à la Patrie ! Le 26 septembre 1915, en Champagne, il tombait, mortellement frappé par un éclat d'obus, au moment où un officier lui criait : Baissez-vous, Monsieur l'Aumônier, vous êtes trop exposé ! »

« Celui-là, écrivait un officier protestant, a prouvé après tant d'autres, qu'il n'était pas résolu en paroles seulement. » Tout pénétré de la grandeur de son sacrifice, en effet, l'abbé Paulet n'avait cessé de donner à ses chasseurs l'exemple d'un courageux sang-froid devant le danger et le témoignage de la plus grande charité.



Photo Carabin, Strasbourg.

LE PÈRE UMBRICHT
REÇOIT LA CRAVATE DE COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR.

La consternation fut grande dans les régiments de la 67e division d'in fanterie, quand on apprit sa mort, affirment ceux qui l'ont vu à l'œuvre, car ce prêtre d'élite se portait toujours au poste de combat le plus péril leux.

M. l'abbé Habert, vicaire à Saint-François-Xavier, aumônier d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve, tombait à Arras, en octobre 1915, terrassé par un obus, en s'écriant : « Je donne ma vie pour Dieu et pour la France. »

M. l'abbé Turgis, vicaire à Sainte-Madeleine, l'apôtre infatigable des humbles et des petits, tombait glorieusement, le 25 août 1916, au milieu de ses chers alpins.

M. le médecin-chef du G.B.D. 46, qui remit la Croix d'honneur à l'au mônier mortellement blessé, rendit hommage à sa mémoire en ces termes : « Qu'il me soit per mis de déclarer que la mort de M. Turgis fut admirable.

« Il n'a proféré aucune plainte, malgré ses rudes souffrances, les offrant au Pays et ne cessant de dire qu'il don nait sa vie pour Dieu et pour la France. L'aumô nier Turgis, qui était un apôtre que tous aimaient pour son inlassable bonté et pour son grand cœur, a eu la belle mort qui s'harmonise avec sa belle vie de dévouement et de sacrifice. » Ces mêmes éloges doivent être décernés aux aumôniers de Ruble, Sylvestre, Fichot, Boucher, Ollier, Lenoir, et à tant d'autres tombés au Champ d'Honneur.

Nous adressons un hommage ému à la mémoire du père Niorthe, Dominicain, qui fut le dernier aumônier tué à l'ennemi. L'un de ses chefs écrivait d'Adana le 15 septembre 1920 : « Il est malheureusement trop vrai que l'abbé Niorthe n'est plus. Installé à Bozanti à la fin de mars, il s'y trouvait lorsque ce poste a été attaqué. Il n'a pas voulu profiter du dernier train de ravitaillement pour rentrer à Adana. Resté à Bozanti par esprit de devoir, l'abbé Niorthe est mort en soldat. »

Enfin, nous nous reprocherions de ne pas rapporter quelques citations d'aumôniers qui sont aujourd'hui la gloire de l'Église de France. Parmi des centaines, nous en choisissons trois.

Mgr de Llobet, évêque de Gap, qui comptait comme aumônier de la division de Monroé (69e division), fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, après s'être particulièrement distingué à l'affaire de Vauxrot. Et voici en quels termes superbes était libellée la citation qui accompagna cette nomination :

(1) Vicaire général de Carcassonne, qui mourut de ses blessures quelques jours après.

(2) Frédéric Rouvier. *En ligne*, pages 291 et 297.

« Aumônier d'une bravoure au-dessus de tout éloge. Pendant les récentes batailles s'est dépensé sans compter chaque jour, pour assister en permière ligne les combattants.

« Le 28 août 1918, a pris part au passage d'une rivière avec les compagnies de tête sous le feu des mitrailleuses.

« Le 30 août, a pénétré le premier dans une localité que venaient d'évacuer les Allemands et a réalisé une première liaison entre deux bataillons isolés et a fait seul des prisonniers.

« Vivant modèle d'héroïsme, enthousiasme les troupes par son splendide exemple. Avait déjà fait preuve des mêmes qualités d'énergie et de dévouement au cours des journées des 9, 10 et 11 juin, devant Compiègne. »

Quand à Mgr Ruch, coadjuteur de Mgr Turinaz, et aujourd'hui évêque de Strasbourg, sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur fut motivée de la façon suivante :

« Mgr Ruch, aumônier, s'effaçant malgré son éminente dignité, dans une situation modeste, fait preuve d'une activité et d'un dévouement inlassables.

« Depuis le commencement de la guerre, et notamment dans les derniers combats, la visite des tranchées, la recherche des blessés sur la ligne de feu, les veilles dans les ambulances, son calme, son courage, lui ont acquis l'affection respectueuse de tous. Prêtre soldat et prêtre nancéen, il incarne parmi les troupes du Corps d'Armée, la vivante représentation de la foi des apôtres et de la foi patriotique lorraine. »

Voilà les citations des deux évêques qu'a eu l'honneur de compter l'armée française, et voici une des citations de M. Umbricht, aujourd'hui le seul aumônier commandeur de la Légion d'honneur.

« Umbricht, Charles-Célestin-Ernest (Nancy), aumônier militaire à une division d'infanterie, officier de la Légion d'honneur, avant-bras gauche amputé : « Incarnant l'admirable modestie, l'héroïque bravoure et le sublime dévouement, a pris part à toutes les attaques du régiment, toujours au premier rang, toujours au poste le plus périlleux, excitant par sa présence l'ardeur des combattants, prodiguant ses secours aux blessés et la nuit ensevelissant les morts. »

« Le 4 septembre 1916, est parti avec la première vague d'assaut, près du drapeau du régiment qu'il a accompagné jusqu'à l'objectif final, symbolisant avec lui aux yeux de tous : Dieu et la France ! »

Pour nous qui écrivons ces lignes, nous avons été loin d'égaler de pareils aumôniers.

Au souvenir ému de leur vie pleine d'abnégation, de bravoure et de dévouement, nous sentons que la confusion nous saisit. Un regret nous pénètre, celui de n'avoir pas été comme eux héroïquement dévoués.

Nous ne réclamons donc ni éloge, ni reconnaissance. Nous remercions au contraire l'armée française de nous avoir procuré les joies les plus profondes de notre vie sacerdotale.

« Tôt ou tard, on ne jouit que des âmes », a dit Vauvenargues. L'aumônier, toute sa vie, ne doit jouir que des âmes. Jamais, il n'y en eut de plus belles, de plus riches, de plus magnifiques, et en pareille abondance que durant cette guerre ! Ces âmes, il les a connues, il les a aimées. Quelle récompense terrestre plus haute, plus délicate, plus sublime, *magna nimis !*

Les Abbés H. D'ORGEVAL et A. GALLAY,

Chevaliers de la Légion d'honneur,

Anciens Aumôniers divisionnaires volontaires.

CHAPITRE XXII

L'ŒUVRE DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE PENDANT LA GRANDE GUERRE

En 1864, sur l'initiative de la Suisse, des conventions internationales venaient réglementer pour la première fois les usages de la guerre et tendaient ainsi à en adoucir l'horreur.

Ainsi, dès cette époque, la plupart des nations civilisées ont fondé, chacune chez soi, des Sociétés destinées, en cas de guerre, à donner des soins aux blessés et aux prisonniers. Ces Sociétés, prenant au drapeau suisse leur symbole, la Croix de Genève, s'intitulèrent : *Sociétés de la Croix-Rouge.*

En France, cette première Société de la Croix-Rouge fut la *Société de Secours aux Blessés Militaires* (S. B. M.), fondée en 1864 et reconnue d'utilité publique en 1866.

Vint la guerre de 1870-1871 : la S. B. M. apporta tout son concours au Service de Santé Militaire. Mais elle était jeune encore. Recrutée surtout parmi la haute société de l'époque, son effort resta limité à la création de quelques ambulances installées dans le domicile, ou par les soins de ses membres aristocratiques les plus fortunés.

De l'expérience terrible de 1870, une chose s'avéra avant toute autre : le dévouement féminin. Il apparut clairement qu'un bénéfice considérable pour les blessés et les malades pouvait être tiré de l'aide des femmes, à la condition qu'une instruction spéciale vînt doubler leur dévouement de compétence. L'honneur de cette idée, qui semble si simple, revient au Dr Duchaussoy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, qui fonda la première École de Dames Ambulancières.

Des groupements féminins qui, pendant la guerre, avaient apporté spontanément leur concours à la Société de la Croix-Rouge puis s'étaient dissous dès la paix, naquit une nouvelle Société de Croix-Rouge qui se scinda bientôt en deux :

L'*Association des Dames Françaises* (A. D. F.) en 1877, avec, précisément, le Dr Duchaussoy comme inspirateur et secrétaire général.

L'*Union des Femmes de France* (U. F. F.) en 1881, dont les origines furent alsaciennes, avec Mme Kœchlin-Schwartz comme présidente et le Dr Bouloumié comme secrétaire général.

Ces deux dernières Sociétés de la Croix-Rouge furent, depuis leur fondation, toujours exclusivement dirigées par une présidente — actuellement Mme Ernest Carnot pour l'A. D. F. et Mme Galli pour



Photo Gorce.

AMBULANCE AUTOMOBILE U. F. F. — ARRIVÉE DES BLESSÉS.

l'U. F. F. — auxquelles est adjoint un Comité consultatif masculin.

La S. B. M., au contraire, a toujours eu un président. Le premier fut le général comte de Goyon, puis le duc de Nemours, le duc d'Aumale, etc... L'actuel est le général Pau. Pendant la dernière guerre la S. B. M. était présidée par le marquis de Vogüé.

Un Comité de dames fut annexé à cette direction masculine en 1885. Mme la comtesse d'Haussonville le dirige toujours depuis cette époque.

Ainsi donc la Croix-Rouge Française compte à l'heure actuelle trois Sociétés : la S. B. M., l'U. F. F. et l'A. D. F.



Photo Gorce.

AMBULANCE AUTOMOBILE U. F. F. — DESCENTE ET EXAMEN DES BLESSÉS.

Autonomes, ces trois Sociétés sont reliées pourtant par un organisme supérieur commun : le Comité central de la Croix-Rouge Française, présidé par le président de la S. B. M.

Le fonctionnement général des Sociétés de Croix-Rouge est réglé par un décret en ce qui concerne l'assistance qu'elles peuvent apporter aux blessés et aux malades des Armées de terre et de mer. Ce décret (2 mai 1913) daté d'un an au moment de l'ouverture des hostilités, apparut, à l'usage, devoir être déjà retouché sur plusieurs points. C'est que, en temps de guerre, l'initiative, même généreuse, des citoyens demande souvent à être très étroitement contrôlée si l'on veut éviter le désordre et arriver à un rendement maximum.

Agissant, chacune dans sa sphère, pour le bien commun, stimulées par une noble émulation, les trois Sociétés de Croix-Rouge ont, ainsi que nous allons le voir, rendu d'immenses services. Prévue pour une courte période de quelques mois, leur assistance s'est exercée tout le long des quatre années de guerre et a continué même après l'armistice en changeant de terrain d'action. Très soutenues par l'État au point de vue pécuniaire, elles ont néanmoins apporté par elles-mêmes des ressources considérables en argent, en matériel, en dévouement surtout et la Nation a contracté, vis-à-vis des citoyens dévoués de tout rang et de toute condition qui les constituent, une dette sacrée de reconnaissance.

***

Dès le début des hostilités les Sociétés de Croix-Rouge ont procédé à une véritable mobilisation sur un plan soigneusement élaboré à l'avance.

Avant le 2 août 1914, les Comités directeurs avaient été prévenus par le Ministère de la Guerre et toutes les dispositions avaient été prises pour que les Hôpitaux auxiliaires prévus pussent recevoir en temps voulu les blessés des premiers combats. L'aide fut, à ce moment, incontestablement précieuse. Les Sociétés exerçaient leur action par des Comités locaux disséminés partout en France, aux colonies et à l'étranger même : plus de 500 pour la S. B. M. ; 407 pour l'U. F. F. ; 175 pour l'A. D. F., chiffre qui bientôt atteignit 340. Dans chaque région, un ou deux délégués admis par le Ministre établissent la liaison entre les Comités régionaux et l'autorité militaire : Général commandant de Corps d'Armée et Directeur du Service de Santé. L'activité de tous ces Comités se traduisit ainsi : au



U. F. F. — CONVOI DE PÉNICHES SANITAIRES.



SALLE DE BLESSÉS A L'INTÉRIEUR D'UNE PÉNICHE SANITAIRE (U. F. F.).

début de la guerre, la S. B. M. comptait 375 hôpitaux contenant ensemble 17.939 lits. Au plus fort de son action ce nombre est monté à 605 hôpitaux avec 70.000 lits. Le nombre des journées d'hospitalisation a atteint 42 millions.

De 175 hôpitaux représentant 11.000 lits, l'U. F. F. passe à 365 contenant 30.000 lits.

L'A. D. F. atteint 265 hôpitaux avec 17.000 lits fournissant 11 millions de journées d'hospitalisation.

La S. B. M. dépensera 300 millions, l'U. F. F. 95 et l'A. D. F. 55 au cours de la guerre. Il est vrai de dire qu'une grande partie de ces sommes provenait des subsides régulièrement alloués par l'État pour les journées d'hospitalisation, subsides qui, d'abord établis à raison de 1 franc, triplèrent par la suite.

*
* *

L'effort de la Croix-Rouge ne s'est pas borné à l'installation des hôpitaux auxiliaires du territoire ou des pays d'opération les plus lointains et les plus périlleux.

Les Croix-Rouges se sont trouvées dès le début de la guerre en plein champ de bataille par leurs « postes de secours frontière ». Munis de matériel, de voitures aménagées ou d'équipages de fortune, des brancardiers et des infirmiers dégagés d'obligations militaires et appartenant à la S. B. M., ont, dans la Woëvre et devant Nancy, au Grand-Couronné, rendu des services précieux et peu connus du grand public. Près de 2.000 brancardiers se sont mis ainsi à la disposition du commandement : dans le seul groupe de Saint-Nicolas-du-Port, 500 blessés ont été relevés et 1.900 transportés par ces brancardiers volontaires.

Malgré la bienveillance du haut personnel du Service de Santé Militaire, la présence d'éléments civils sur le champ de bataille ne tarda pas à faire naître des appréhensions et le dévouement de ce personnel de brancardiers dut être utilisé plus à l'arrière, dans des services automobiles destinés au transport des blessés depuis les formations sanitaires militaires avancées jusqu'aux ambulances et aux hôpitaux de la zone des étapes.

Dès le mois d'août, l'U. F. F. avait équipé 100 châssis automobiles dans ce but et, à elle seule, transporta plus de 30.000 blessés ou malades pour le Gouvernement Militaire de Paris. La S. B. M. mit également à la disposition du Service de Santé trois sections automobiles de 20 voitures chacune qui accomplirent un service extrêmement actif tant que les transports officiels n'eurent pas reçu tout leur développement. Sur l'Yser, en Artois, en Champagne, ces sections comptèrent parmi leur personnel volontaire des morts, des blessés, plus de trente citations.

C'est à l'initiative des Sociétés de Croix-Rouge qu'il faut aussi laisser l'honneur d'avoir équipé les premiers groupes mobiles de douches et de blanchisseries et les premières ambulances chirurgicales automobiles.

En décembre 1914, l'U. F. F. créa un service de transport par eau pour



SALLE D'OPÉRATIONS D'UNE PÉNICHE SANITAIRE (U. F. F.).

grands blessés. Quatre péniches-ambulances fonctionnèrent ainsi pendant deux mois, transportant chaque fois 100 blessés couchés de Bar-le-Duc à Lyon.

Ce mode de transport est idéal par son absence de secousses, son aération, et certes il eût été souhaitable que l'exemple donné par l'U. F. F. fût suivi.

Les trois Sociétés formèrent aussi des infirmières pour les trains sanitaires, service ingrat entre tous, fatigant et parfois dangereux ; pour les navires-hôpitaux : l'U. F F. et l'A. D. F. tout spécialement. Il est superflu d'insister sur les dangers qui guettaient ces infirmières : torpillages et contagion, ces bâtiments ayant surtout servi à transporter dans la Méditerranée orientale les Serbes et les Russes atteints de typhus.



DISTRIBUTION DE CIGARETTES AUX ZOUAVES. (VERDUN).

Il faut aussi noter ici l'excellente innovation des cantines mobiles de l'avant créées sur l'initiative de Justin Godart en 1916 et dont le service fut assuré par la S. B. M. Des voitures automobiles portant des récipients d'eau bouillante, des marmites norvégiennes, des denrées courantes, allaient jusqu'aux premières lignes, entrant en contact dès l'entrée des boyaux avec les unités montant en secteur ou en descendant. Les convoyeurs volontaires allaient donner ainsi, hélas à quelques héroïques poilus seulement, jusque dans les lignes d'extrême avant, la sensation qu'à l'arrière on pensait sans cesse à eux...

En 1917, grâce à l'appui matériel et moral de M. et de Mme de Chaponay, la S. B. M. transforma cette œuvre des cantines mobiles en cercles-cantines fixes. Deux cents de ces formations vinrent doter certains cantonnements de demi-repos de la zone de l'avant, de baraques chauffées, éclairées où chaque jour 25.000 hommes pouvaient se reposer, lire, écrire, écouter un gramophone et consommer plus de 50.000 boissons chaudes hygiéniques... et bon marché : 0 fr. 10. Il est regrettable que ces initiatives privées n'aient pas été rapidement développées avec tous les moyens que pouvait avoir l'État.

* * *

Avant d'arriver à l'Hôpital de l'arrière pour une hospitalisation définitive, les blessés ou les malades convoyés dans les trains sanitaires à marche forcément très lente, rencontraient heureusement sur leur passage les *Infirmeries de gare*. Soixante-treize de ces formations fonctionnèrent, dirigées et entretenues par la seule S. B. M. Situées sur les grands courants de transports, à six heures environ les unes des autres, souvent déplacées au cours des opérations, ces formations assuraient l'alimentation des évacués pendant les arrêts, soignaient les malades sur la demande du personnel des trains sanitaires et recevaient momentanément les intransportables. L'irrégularité et l'incertitude dans l'heure d'arrivée des trains, dans le nombre de blessés ou de malades, exigeaient du personnel des Infirmeries de gare un effort permanent de jour et de nuit des plus pénibles. Les Infirmeries de gare ont ainsi assuré 14 millions de repas et un million de pansements.



U. F. F. — DÉBARQUEMENT DES BLESSÉS D'UNE PÉNICHE SANITAIRE.

* * *

Le service des Hôpitaux et des Infirmeries de gare, la relève et le transport des blessés et des malades rentraient dans le cadre d'action prévue dès le temps de paix pour les Sociétés de Croix-Rouge.



Tableau de Lefort-Magniez.

AMBULANCE DES ISLETTES



Mais les circonstances nouvelles firent naître d'autres tâches à remplir qui ne rebutèrent point l'initiative et le dévouement des Sociétés.

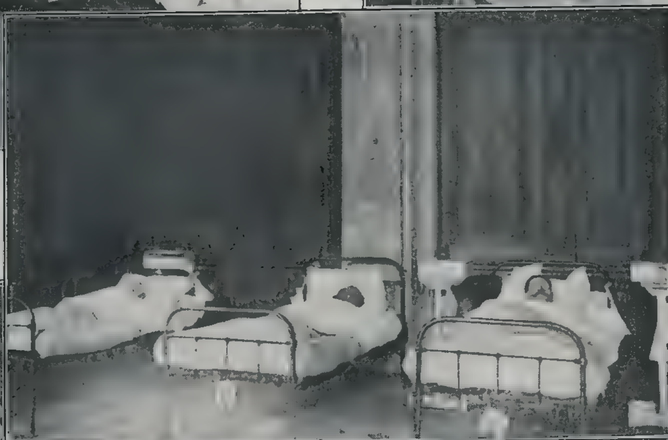
L'immobilisation des armées et la longueur de la campagne rendirent bientôt nécessaires les permissions. Un courant d'aller et de retour s'établit entre les cinq millions de mobilisés et l'arrière du territoire ; ce courant atteignit jusqu'à 100.000 hommes par jour. On reconnut un jour qu'il était indispensable d'assurer à ces permissionnaires, non seulement un certain degré de confortable pendant le transport, mais aussi un minimum de bien-être matériel et moral. Il fallait que les poilus, au sortir des pénibles cantonnements de l'avant, pussent, avant que d'arriver dans leurs provinces parfois lointaines, coucher, se réchauffer, manger sans être exploités par les « mercantis du front » ou



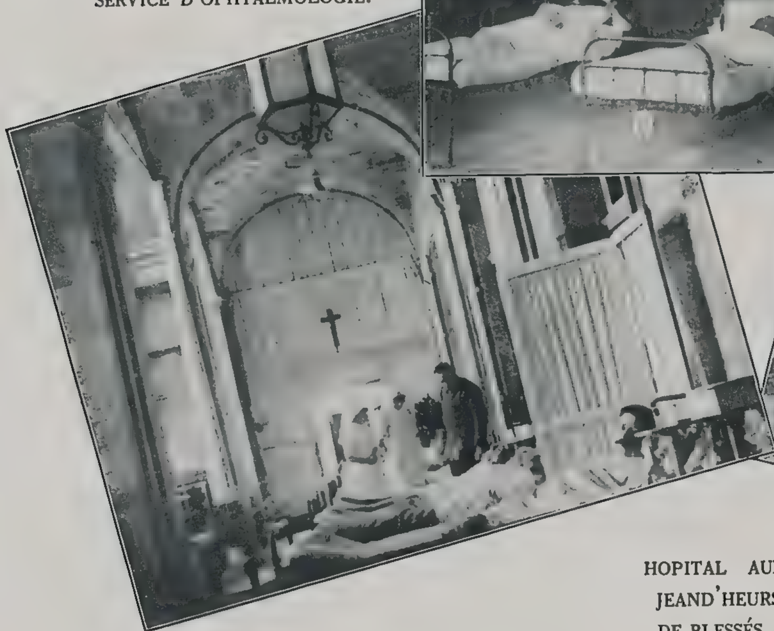
INFIRMIÈRES U. F. F. DANS UN HOPITAL D'ÉVACUATION. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE.



HOPITAL AUXILIAIRE DE JEAND'HEURS. — SALLE DE MALADES.



HOPITAL AUXILIAIRE DE JEAND'HEURS. — SALLE DE BLESSÉS.



HOPITAL AUXILIAIRE DE JEAND'HEURS. — SALLE DE BLESSÉS.



INFIRMIÈRE U. F. F. DANS UN HOPITAL DU FRONT. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE.

entraînés à de fâcheux excès. Dans ce but, d'un commun accord et d'une intime collaboration entre le Haut Commandement, le Ministère et les Sociétés de Croix-Rouge naquirent les *cantines de gare* puis les *Foyers du Soldat*.

Les cantines de gare étaient pour les permissionnaires ce que les Infirmeries de gare étaient pour les blessés et les malades. Mais la fonction ravitaillement était ici la plus développée, la fonction sanitaire reléguée au second plan, quand même elle existait.

Dans ces cantines, le soldat trouvait à boire et à manger pour très peu d'argent ou même gratuitement. Servi par un personnel bénévole, par des infirmières soigneusement choisies, il était réconforté physiquement et moralement, guidé, conseillé. Il pouvait lire, écrire, se doucher, souvent dormir ou se reposer, et mieux, le cas échéant, recevoir quelques soins. Plusieurs cantines ont fourni 2.000 repas par jour. La cantine de Noisy-le-Sec a fourni 5 millions 600.000 ravitaillements et 200.000 pansements.

Ces cantines, au nombre d'environ 150, ont distribué à peu près deux millions de repas par mois ; elles étaient gérées par les trois Sociétés.

A côté de ces cantines de gare il convient de placer ici les *Cercles* ou *Foyers du Soldat*, formations analogues, plus développées. Créés tout d'abord dans les Hôpitaux du front, à Mont-Notre-Dame par exemple, puis dans les villes des Pays Rhénans où ils ont rendu les plus grands services moraux à nos soldats perdus au milieu d'une population hostile ou... trop accueillante, ces foyers fonctionnent encore à l'heure actuelle sur le territoire auprès des hôpitaux de chirurgie ou de mutilés définitifs, par exemple à l'Hôtel des Invalides.



HOPITAL D'ÉVACUATION. — INFIRMIÈRES AU CHEVET DES BLESSÉS.

***

Les trois Sociétés de Croix-Rouge ont plus directement encore participé à entretenir le bien-être de nos soldats par l'envoi de dons en nature : lingerie, vêtements chauds, vivres, cigarettes, pharmacie, etc... Le service de lingerie de la S. B. M. a distribué à lui seul plus de 500.000 objets : vêtements ou lingerie. Le service des dons de la même Société a distribué pour plus de 18 millions de francs de ces dons divers provenant surtout de la générosité américaine. L'U. F. F. pour plusieurs centaines de mille francs et l'A. D. F. également.

***

L'U. F. F. a créé en outre des centres d'hébergement pour les permissionnaires sans foyer. Sur leur demande, les hommes recevaient une feuille d'hébergement, sorte de billet de logement qu'ils présentaient pour être logés et nourris confortablement pendant toute leur permission.

***

Les *prisonniers* ont été aussi l'objet de la sollicitude des Sociétés de Croix-Rouge. Chacun sait combien l'action de la Croix-Rouge Internationale du Comité de Genève fut efficace pour arrêter, autant qu'il fut possible, les atrocités commises dans certains camps de prisonniers en Allemagne.

En dehors de cette action d'origine étrangère, nos Sociétés de Croix-Rouge se sont, dès l'abord, préoccupées du sort de nos malheureux compatriotes internés en Allemagne.



AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE.
INFIRMIÈRE U. F. F. A LA STÉRILISATION.

A Bordeaux, en septembre 1914, naît, sous l'égide de la Croix-Rouge Française, l'Agence des prisonniers de guerre. Deux cents collaborateurs établissent jusqu'à 1.500.000 fiches, envoient jusqu'à 1.200 lettres par jour aux quatre coins du monde en vue de faire des recherches, des interventions innombrables, ne restant étrangers pendant cinq années à rien de ce qui concernait nos 464.000 prisonniers, leur situation, leur ravitaillement, leur vie, leur rapatriement, leur retour au foyer.

Dès les premiers accords intervenus entre les Gouvernements français et allemand, l'A. D. F. a fait visiter par ses délégués les internés français en Suisse afin de s'enquérir de leurs désirs et de leurs besoins. Elle a créé un service spécial destiné à donner aux



L'INFIRMIÈRE AIDE-CHIRURGICAL.

familles des prisonniers tous les renseignements utiles pour les rapatriements, les internements, etc... Deux Comités ont été créés à Lausanne et à Genève. Non seulement des dons ont été envoyés aux prisonniers, mais les ressources nécessaires ont été données aux familles pauvres pour qu'elles pussent faire le voyage de Suisse et revoir leurs parents internés, le plus tôt possible.

***

Les populations civiles de nos malheureux départements envahis ont aussi largement bénéficié de l'action des Sociétés de Croix-Rouge. De 1914 en mai 1918, des centaines de mille de Français de tous âges et de toutes conditions sociales s'enfuient de leurs maisons dévastées ou les quittent par ordre. Ces lamentables convois trouvent aide et réconfort dans tous les postes sanitaires ou d'assistance créés par les Croix-Rouges pour les soldats : cantines volantes, infirmeries de gare, cantines de gare. Certaine de ces formations appartenant à l'U. F. F. ravitailla 800 à 1.000 réfugiés par jour du 19 août 1914 au mois de mars 1920 ! N'était-il pas logique d'admettre au même bénéfice d'assistance que les soldats la population civile qui, au mépris des lois de la guerre, avait autant à souffrir de l'agression germanique que les combattants ? Aussi les centres d'hébergement furent-ils également mis à la disposition des réfugiés par l'U. F. F. et bientôt aussi des rapatriés.

Parvenus dans les centres de groupement pour les réfugiés ou de rapatriement pour les prisonniers restitués, les longs convois trouvent le personnel du « Service d'accompagnement des trains de réfugiés ou de rapatriés » organisé d'accord entre les Croix-Rouges et l'Administration supérieure. Plus de 100 trains de 35 wagons avec tisanerie, pharmacie, cuisine, un administrateur et des infirmières, nourrissent, soignent ces malheureux, trouvant sur leur passage des « postes de gare » jusqu'au point terminus : centre d'hébergement ou village natal, orphelinat ou patronage pour les enfants, hôpitaux pour les malades, centres de rééducation pour les mutilés.

***

Puis voici l'armistice signé. Petit à petit, prisonniers et réfugiés rentrent dans leurs pays. Mais pauvres pays ! Quand ils ne sont pas totalement détruits, du moins sont-ils privés de tout.

Alors, l'action des Croix-Rouges s'élargit encore : après nos soldats, après les prisonniers, les réfugiés, elle se tourne vers les habitants revenus dans leur foyer mais qui n'y pourraient point vivre sans secours urgents. Les Comités de Croix-Rouge des Régions envahies, dont certains avaient d'ailleurs continué leur action bienfaisante sous le joug même de l'ennemi, reprennent tous leur activité.

En Alsace-Lorraine, se fait surtout sentir l'action de l'U. F. F., cette Société se souvenant de son origine et de sa première Présidente. Des cantines, des foyers du soldat, des crèches, des dispensaires antituberculeux sont créés dès novembre



H. O. E. COURLANDON. — SAPE DE REFUGE POUR LES INFIRMIÈRES S. B. M.

1918. La cantine du pont de Kehl ravitailla des milliers de prisonniers.

Grâce à l'aide généreuse de la Croix-Rouge américaine, peu à peu, dans tous nos départements ruinés, s'ouvrent des «postes de secours» pourvus d'infirmières-visiteuses qui soignent et distribuent à domicile les dons ou vêtements, médicaments, etc...



INFIRMIÈRES PRISONNIÈRES A MONT-NOTRE-DAME INTERROGÉES PAR LE KAISER. (JUIN 1918).

Des consultations de nourrissons, de femmes enceintes sont instituées, des crèches-garderies installées. Les communes sont régulièrement visitées par les infirmières qui renseignent les médecins, les autorités, qui canalisent les dons et les soins vers ceux qui en ont tant besoin. Des centaines de milliers de réfugiés rapatriés sont ainsi secourus, des centaines de milliers de repas et d'objets de toutes natures sont distribués. L'U. F. F., seule, dépense en quelques mois 1.500.000 francs en espèces et 300.000 francs de dons en nature ; la S. B. M., plus de 5 millions de francs. Partout les Croix-Rouges viennent doubler, par leur action pleine d'initiative et de dévouement, l'action gouvernementale elle-même, et dans bien des cas d'ailleurs il serait plus juste de dire que cette dernière n'a fait que suivre l'initiative privée de Français à côté desquels on trouve si souvent la généreuse Croix-Rouge américaine.

*
* *

La bienfaisante assistance des Croix-Rouges n'est pas restée cantonnée au territoire de la métropole. Nos alliés, et tout d'abord les Belges héroïques, bénéficièrent de son aide : un hôpital S. B. M. de cent lits fut offert à Calais, dès 1914, au roi Albert. La Roumanie vit accourir à elle une mission hospitalière comprenant neuf médecins, six assistants de chirurgie, neuf infirmières. Deux médecins et deux infirmières trouvèrent la mort auprès des typhiques. Neuf groupes chirurgicaux automobiles et trois cents automobiles de transport furent en outre convoyés, mis en service par le personnel S. B. M. et laissés au Service de Santé roumain.



HOPITAL DE L'ACHILLÉION (CORFOU).
INFIRMIÈRE A. D. F. A LA DISTRIBUTION DE SOUPE.

Les trois Sociétés ouvrent des hôpitaux auxiliaires et envoient leur personnel en Macédoine, en Serbie. Trois cents infirmières environ y servent depuis les plaines malsaines du Vardar jusqu'aux montagnes escarpées de l'Albanie, à Moudros, à Corfou.

Les délégués masculins de la S. B. M., de l'U. F. F. portent leurs dons, leurs automobiles, leurs groupes de blanchissage aux Dardanelles, à Salonique, à Monastir.

Cette œuvre d'assistance considérable dont nous venons de passer rapidement en revue les différents domaines n'aurait pas été possible, malgré un effort financier très puissant, sans le dévouement d'un personnel administratif toujours plein de bonne volonté, et surtout sans l'abnégation des *infirmières.*

L'infirmière !... Elles furent 70.000 femmes à vouloir se dévouer à nos blessés et à nos malades. Certes, le plus grand nombre ne possédait pas la compétence et parfois la discipline si désirable ; il en



Photo Gorce.

HOPITAL TEMPORAIRE U. F. F.
BLESSÉS JOUANT.

fut aussi auxquelles, hélas ! manquèrent cette réserve et cette dignité, fruits d'une bonne éducation, qui doivent être les qualités *fondamentales* de l'infirmière ; certaines enfin furent trop superficielles, trop mondaines. Mais dans l'ensemble, quel spectacle magnifique et consolant que celui de cette armée féminine mue par la tendresse, le dévouement, le désir d'atténuer l'incalculable souffrance physique et morale causée par la guerre !

Huit mille de ces femmes environ, passèrent par les formations des armées, réclamant souvent les postes les plus dangereux... qu'on ne leur donnait que rarement et à regret : cinq seulement demandèrent à revenir ! Le Vardar, Monastir, l'Yser, l'Aisne, Verdun, le Chemin des Dames eurent leurs équipes de femmes courageuses autant que compétentes ; les ambulances chirurgicales automobiles, les « auto-chir », dans les postes les plus avancés furent pourvues de techniciennes expérimentées dont l'ardeur au travail dépassait souvent les limites de leurs forces. Plus de cent furent faites prisonnières à diverses reprises.

Ingéniosité et tendresse des soins, mépris de la fatigue, mépris du danger (on en a vu qui, au milieu du fracas des bombes d'avions, refusaient jusqu'à la mort, de quitter le chevet de leurs blessés) et surtout action bienfaisante sur le moral des soldats, charme d'apaisement et de confiance, telles sont les qualités qui, plus encore que la compétence technique, font d'un si grand nombre de nos femmes françaises les indispensables auxiliaires du médecin accomplissant la dure besogne de guerre.

Cette compétence, d'ailleurs, beaucoup l'avaient. Un grand nombre étaient diplômées, dès le départ, qui servirent de cadres aux nouvelles venues : 30.000, dont 17.000 à la S. B. M., 8.000 à l'U. F. F. et 5.150 à l'A. D. F. Les trois Croix-Rouges, grâce à leurs trois Hôpitaux-Ecoles, ont travaillé pendant la guerre même à parfaire l'éducation des infirmières.

Le Service de Santé Militaire obligé, lui aussi, à recruter de nombreuses infirmières, avait deux écoles pour leur instruction : Edith Cavell, dirigée par Mme le Dr Girard-Mangin et le dispensaire Heine-Fould.

Et lorsque sonna l'heure de l'armistice, depuis un an déjà notre corps d'infirmières comptait nombre d'unités tout à fait comparables aux meilleures élèves des Écoles suisses, anglaises ou américaines les plus réputées.

Le dévouement montré par les infirmières, aussi bien dans les postes exposés au feu ennemi que dans les hôpitaux de contagieux, n'a pas été sans coûter la vie à nombre d'entre elles. Une vingtaine furent tuées à l'ennemi ; trente blessées ; 120 au moins furent enlevées par des maladies contractées au chevet des malades. Inconnu, mais très considérable enfin, est le nombre de celles qui ont vu leur santé plus ou moins ébranlée, et parfois définitivement ruinée, à la suite des fatigues de leur service bénévole.

De nombreuses récompenses ont été décernées : 130 Croix de la Légion d'honneur, près de 500 Croix de guerre, plus de 2.000 médailles des épidémies,



HOPITAL DE L'ACHILLÉION A. D F.
(CORFOU).

une centaine de décorations étrangères, un millier de Reconnaissance Française. Dans l'ensemble, certes, ces récompenses ne dépassent pas les mérites acquis par le Corps des infirmières de Croix-Rouge. On peut regretter toutefois que les hommages les plus bruyants n'aient pas été aux plus méritantes et que les mêmes suprêmes distinctions aient été don nées souvent avec plus d'éclat pour le dévoue ment... pécuniaire dé- pensé dans le calme des Comités provinciaux que pour l'abnégation coura geuse prodiguée au front. Il y eut même des récom penses, tout comme en temps de paix, pour d'imaginaires « services exceptionnels ».



HOPITAL DE L'ACHILLÉION (CORFOU). — INFIRMIÈRE A. D. F. VAGUEMESTRE.

***

La guerre est termi née depuis longtemps déjà, mais les blessures de la Patrie sont encore si peu cicatrisées qu'une tâche sociale incombe à tous les Français dans cette paix victorieuse. Cette tâche, pour diffé rente qu'elle soit de celle que la guerre nous a im posée, n'est pas moins urgente ni moins belle.

Notre nation, si du rement éprouvée par la perte brutale de ses 1.500.000 citoyens dans la force de l'âge et par l'énorme augmentation de la mortalité parmi les civils petits et grands, il s'agit de l'empêcher de disparaître. Il faut lutter contre les maladies sociales, la tuberculose en premier lieu, il faut relever la natalité ou au moins, d'abord, enrayer la mortalité infantile. Vers ces deux buts déjà les Sociétés de Croix-Rouge ont dirigé leurs efforts. Les résultats viendront, réconfortants sans aucun doute. Les Croix-Rouges prennent donc place parmi les grandes forces organisées et vivantes de notre pays, toujours dressées, sans armistice et sans arrêt, contre les fléaux qui nous coûtent plus d'hommes que les batailles les plus meurtrières.

Ainsi la nation devra-t-elle aux Sociétés de Croix-Rouge plus de gratitude encore pour son œuvre de paix que pour son ardent et incessant dévouement pendant la guerre.

Dr PAUL MULON,
Ex-Chef adjoint du Bureau militaire de la Croix-Rouge au Sous-Secrétariat du Service de Santé militaire.



Photo Walter.

LA RÉCOMPENSE : REMISE DE CROIX DE GUERRE A DES INFIRMIÈRES DU FRONT PAR LE GÉNÉRAL GOURAUD. — STRASBOURG, FÉVRIER 1919

CHAPITRE XXIII

LES ŒUVRES DE SOLIDARITÉ DE GUERRE ET D'APRÈS-GUERRE

Ce fut, pour tous les Français, pendant la guerre, au milieu d'inquiétudes sans cesse renouvelées, sans cesse menaçantes, un profond réconfort de voir les sympathies et les amitiés se manifester constamment autour d'eux.

En dehors des rares États qui devaient commettre la lourde faute de se ranger aux côtés de l'Allemagne, il est presque impossible de citer un pays, si petit soit-il, qui n'ait apporté son aide à la France.

Et ce fait prend une réelle importance quand on songe que ce bel exemple de solidarité s'est manifesté dès le début de la guerre, alors que rien encore n'indiquait de quel côté pencherait la victoire. C'est ainsi que dans les derniers jours d'août 1914, un paquebot déchargeait sur les quais du Havre une vingtaine de caisses portant cette seule inscription : « Armée française, Le Havre ». Ces caisses contenaient des objets de pansements qui avaient été achetés ou fabriqués par des groupes ouvriers des États-Unis et par des femmes américaines qui, spontanément, avaient tenu à faire connaître à la France qu'à plus de 6.000 kilomètres de nos champs de bataille des cœurs battaient à l'unisson du sien. Grâce à cette simple étiquette : « Armée Française, Le Havre », leur geste avait atteint toute la signification qu'ils tenaient à lui donner.

Et ces aides venues spontanément à nous de tous les points du globe allaient aussi bien aux combattants qu'à ceux qui, à l'arrière du front, assumaient d'ingrates et de pénibles tâches, qu'à leurs femmes et à leurs enfants plus particulièrement touchés par l'absence des chefs de famille.

Si, au cours de la guerre, quelques-unes de ces œuvres de solidarité devaient cesser d'exister par suite soit de l'épuisement des ressources consacrées à leur fonctionnement, soit de l'obligation où se sont trouvés leurs organisateurs de reprendre leurs fonctions habituelles dans leurs pays, la persistance des autres n'est que plus admirable, étant donné surtout que les pays qui les avaient organisées, comme l'Angleterre et les États-Unis, s'étaient eux-mêmes rangés à nos côtés et pouvaient à ce titre réserver à leurs nationaux les dons qu'ils nous adressaient ou l'aide qu'ils nous apportaient.



DÉPÔT DE LA CROIX-ROUGE CANADIENNE.

* * *

C'est ainsi que la Croix-Rouge américaine a été dès les premiers



Photo H.-C. Ellis.

AMBULANCE AMÉRICAINE.
VOITURE DE PANSEMENTS ET TISANERIE.

mois de la guerre comme l'avant-garde des armées américaines en France.

Sans doute son drapeau n'étoilait pas comme maintenant le ciel de la place de la Concorde ; sans doute, elle observait avec une impeccable correction une neutralité conforme à l'attitude de son Gouvernement. Il n'en est pas moins vrai pourtant qu'un Américain tout dévoué à la France, M. Hermann Harjes, avait trouvé une ingénieuse formule d'autonomie qui lui avait permis d'organiser, sous le titre de la Croix-Rouge américaine des équipes sanitaires pour les hôpitaux de l'intérieur, une ambulance aux armées et des sections automobiles qui concoururent, avec une bravoure souvent périlleuse pour leurs conducteurs et leurs brancardiers, à relever les blessés français sur les champs de bataille.

Puis, il faut également inscrire dans l'histoire de la Croix-Rouge américaine pendant ces années d'angoisse, tout ce qu'ont accompli pour la France soit ici même, soit aux États-Unis, les autres groupements américains aujourd'hui rassemblés sous son commandement.

La Croix-Rouge américaine a réuni sous son autorité la majeure partie des œuvres que l'amitié des États-Unis avait fondées pour la France depuis le début de la guerre et ces œuvres ont continué sous son drapeau, avec leur personnel de direction et selon les conceptions qui leur sont propres, la réalisation du programme qu'elles s'étaient fixé à elles-mêmes d'accord avec les autorités françaises dès 1914.

Il serait donc aussi impossible qu'injuste — et injuste à l'égard de la Croix-Rouge elle-même autant qu'à l'égard de ces sociétés — de tenter de les séparer dans l'énumération de leurs entreprises bienfaisantes ou dans l'expression de notre gratitude.

C'est la Croix-Rouge américaine qui depuis juillet 1917 a dirigé l'admirable hôpital de Neuilly, c'est-à-dire la première formation sanitaire étrangère qui ait été mise à la disposition du Gouvernement français pour le traitement des blessés de nos armées.

Dès la fin de la mobilisation, c'est-à-dire, vers le 15 août 1914, le Dr du Bouchet qui a servi depuis au front sous l'uniforme de l'armée américaine venait offrir au nom d'un Comité dont faisaient partie plusieurs Américains éminents tels que M. Bacon, ancien ambassadeur des États-Unis à Paris ; Mme Vanderbilt, Mme Munroe, M. Laurence-Benet, etc., de créer un hôpital médical et chirurgical dans les vastes locaux encore inachevés du lycée Pasteur; dès le 1er septembre, l'hôpital était prêt à recevoir et à soigner 175 blessés et quelques semaines plus tard il comptait 600 lits. Et ce bel établissement n'a pas eu seulement le mérite de représenter à l'égard du Service de Santé la coopération de la première heure ; il fut aussi la démonstration émouvante des sympathies qui, dès cette époque, surgissaient à l'égard de la cause française sur tous les points des États-Unis. En effet, chacune de ses salles prenait le nom d'une ville américaine dont les habitants avaient assumé par souscription tous les frais d'installation ainsi que toutes les



AMBULANCES DE LA CROIX-ROUGE CANADIENNE
POUR LE TRANSPORT DES BLESSÉS FRANÇAIS.

dépenses de traitement des militaires qui y seraient soignés jusqu'à la fin de la guerre.

Il est de règle que l'activité américaine se manifeste supérieure dans toutes les tâches qu'elle entreprend. Toujours l'énergie et la générosité de l'effort portent les réalisations bien au delà des marges du plan primitif. Le Comité de Neuilly dont la Croix-Rouge est l'héritière avait voulu fonder de toutes pièces, en quelques semaines, le plus bel hôpital militaire de Paris. Celui-ci n'était pas encore achevé que le Comité s'avisait qu'il serait bien utile d'avoir quelques voitures pour aller chercher les blessés aux gares d'évacuation. Quelques semaines plus tard, ces voitures étaient en nombre tel qu'elles devenaient le principal moyen de transport à la disposition du Gouvernement militaire pour desservir tous les hôpitaux du camp retranché.



Photo H.-C. Ellis.

AMBULANCE AMÉRICAINE. — OUVROIR DE PANSEMENTS.

Quelques semaines plus tard, l'affluence des jeunes conducteurs, tous volontaires d'ailleurs, et la multiplication ininterrompue des voitures aboutissaient à la création du « Field Service », sections automobiles pour le transport des blessés dans la zone des armées dont M. Pia H. Andrew prenait le commandement, tandis que M. Sleeper, aux États-Unis, se consacrait à recruter le personnel et à rassembler les fonds pour l'achat des véhicules qui dépassaient promptement le nombre d'un millier. Entre temps, le chef de la section de Paris, M. Washington Lopp remarquait que la gare de la Chapelle n'était pas installée d'une façon très confortable. Peu après, au moyen d'une importante souscription obtenue de l'inépuisable générosité de Mme Vanderbilt la gare était transformée de fond en comble et devenait l'organisme modèle qui a si efficacement facilité l'utilisation intensive des hôpitaux de Paris, pour le traitement rapide des blessés.

La Croix-Rouge américaine est encore l'héritière de l'admirable « American Relief Chering House » qui s'est dissous pour lui céder la direction de l'aide à la France au moment de l'entrée des Etats-Unis dans la guerre et dont le directeur général, M. Oscar Beaty, est devenu un des plus actifs et des plus importants dignitaires.

Au fur et à mesure que les tragiques événements qui ont marqué le début de la guerre se déroulaient — invasion de la Belgique, incendie de Louvain, bombardement de Reims, bataille de la Marne, de l'Aisne, de l'Yser, les dons particuliers analogues à celui que nous relations tout à l'heure arrivaient de plus en plus nombreux ; un organe de répartition devenait nécessaire et M. Myron T. Heerick, ambassadeur des États-Unis à Paris, était amené à constituer un grand comité américain assisté de conseillers français, véritable ministère de la bienfaisance, qui devait prendre le titre d'« American Relief Clearing House ».



Photo H.-C. Ellis.

ATELIER DES BLESSÉS FRANCO-AMÉRICAINS.

Parallèlement, de nombreux comités se constituaient aux États-Unis dans le but de provoquer et de rassembler les dons, puis de les faire parvenir rapidement à destination selon les intentions particulières à chaque donateur.

Ici apparaissent de façon lumineuse, éclairés par des faits éminemment significatifs, d'une part le très prudent et très



INFIRMIÈRE ÉCOSSAISE.
(Hôpital de Royaumont.)

louable effort auquel s'astreignit le Gouvernement de Washington en vue d'éviter à la nation américaine, aussi longtemps qu'il le crut possible, les douloureuses épreuves de la guerre; et d'autre part l'irrésistible courant de sympathie qui jeta la nation américaine dans le camp des Alliés.

L'un de ces comités, le « Committee of Mercy », avait sollicité l'accréditement officiel. Il ne l'obtint qu'à la condition d'admettre obligatoirement, parmi ses dignitaires, les ambassadeurs de toutes les puissances belligérantes et de recevoir indistinctement tous les dons qui lui seraient envoyés pour l'une ou l'autre de ces puissances. Cette clause fut loyalement observée, mais sur une souscription qui s'éleva rapidement à 750.000 dollars, 2.500 dollars furent destinés par les donateurs à l'Allemagne et la part donnée pour l'Autriche atteignit tout juste 625 dollars ! D'autres comités furent invités à la même impartialité ; sur 5 millions de dollars qu'ils recueillirent, 1 million de dollars seulement leur furent donnés pour les Empires centraux !



INFIRMIÈRE ANGLAISE.
(Hôpital de Royaumont.)

L'opportunité étant apparue de confédérer et même de fondre les multiples comités créés pour la France, en un organisme unique, le Gouvernement voulut, par un scrupule de neutralité absolue, que ce comité central réservât ses libéralités exclusivement pour les victimes civiles de la guerre : femmes, enfants des régions envahies, etc. Les dignitaires obéirent, mais d'innombrables lettres leur signifièrent que le public ne se souciait pas de souscrire à un comité neutre, mais qu'il entendait donner *pour les combattants*. Ainsi fut créé le « National Allied Relief Committee » qui devint, sous l'active impulsion de M. Charles Coffin, le collecteur financier aux États-Unis de l'« American Relief Clearing House », organe central de répartition des dons souscrits pour la France et ses armées.

La Croix-Rouge américaine a absorbé le « Surgical Dressing », œuvre fondée et dirigée par Mme Hatche Villard, qui comptait dans les villes des Etats-Unis des centaines de comités de dames occupées en permanence à confectionner des objets de pansements, qu'elles expédiaient ensuite par millions dans tous les hôpitaux.



INFIRMIÈRE ÉCOSSAISE.
(Hôpital de Royaumont.)

C'est encore sous la direction de la Croix-Rouge américaine qu'a fonctionné ce grand « Service de secours aux hôpitaux », créé sous le nom de « Service de distribution américaine » par Mme Voodbliss et qui continua d'aider jusqu'à la fin de la guerre avec une puissante générosité nos formations auxiliaires et bénévoles, nos hospices mixtes, etc., dont la longue durée des hostilités finissait par tarir les ressources particulières.

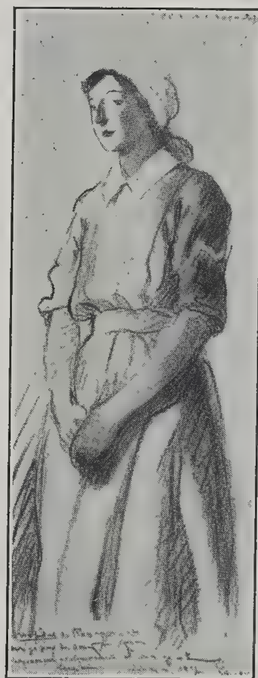
Telles sont les principales charges dont la Croix-Rouge américaine a hérité en substituant son activité officielle, aux initiatives indépendantes qui s'exerçaient pour la France, avec un zèle sans cesse accru depuis 1914.

Du reste, elle n'a pas hésité à en assumer de nouvelles dont l'importance permettrait de dire qu'elle a réalisé, avec une ampleur sans précédents, au profit de ce pays qui a été à vrai dire le plus durement éprouvé pendant quatre ans et demi dans toutes ses forces vives, le *trust* de l'assistance amicale.

Plusieurs de nos œuvres de guerre ont reçu d'elle les larges subventions grâce auxquelles elles ont pu tenir jusqu'à la victoire finale.

De nombreuses formations chirurgicales lui ont dû, soit les agrandissements de locaux, soit les perfectionnements d'installation qui leur ont permis de faire face aux nécessités croissantes de la dernière année de guerre.

La lutte contre la tuberculose, l'assistance aux aveugles, la rééducation professionnelle des mutilés, le ravitaillement des réfugiés, la reconstitution des régions dévastées, toutes ces



INFIRMIÈRE ÉCOSSAISE.
(Hôpital de Royaumont.)

Dessins de FARGEOT
(Musée du Val-de-Grâce.)



AMERICAN FUND FOR FRENCH WOUNDED.
PARIS, ALCAZAR D'ÉTÉ (1916-1919). — SALLE DES EXPÉDITIONS.

tâches dont l'entreprise immédiate et le prompt accomplissement furent parmi les conditions essentielles de notre relèvement national, l'ont trouvé prête, avec ses organisateurs, son élite de spécialistes et ses crédits inépuisables.

D'ailleurs la population parisienne tout entière a conservé le souvenir ému et admiratif des secours si prompts et si judicieux qui lui ont été apportés, lors des événements qui ont marqué l'hiver et le printemps de 1918.

Lors des explosions de la Courneuve, et chaque fois que les obus des canons à longue portée ou les bombes des avions ennemis vinrent semer l'incendie et la mort dans les églises, les maisons ou les usines de la capitale, les voitures de la Croix-Rouge américaine furent les premières arrivées auprès des victimes de ces attentats, leur apportant l'assistance d'un personnel aussi dévoué que compétent et courageux.

* * *

A côté de l'aide américaine, vient se placer, de par son importance, celle des Anglais ; nos alliés de la première heure et tous les Dominions de la Grande-Bretagne ont tenu à apporter leur aide au pays qui en raison de l'invasion souffrait, plus cruellement que tout autre, de la guerre.

Mieux que toute autre considération, la liste des hôpitaux et formations de secours organisés en France par les Alliés ou les neutres prouvera l'aide réelle apportée.

Argentine.
Hôpital de la Colonie Argentine de Paris, 14, rue Jules-Claretie.

Belgique.
*Hôpital Albert Ier*, à l'Hôtel-Dieu (Paris). *Hôpital Franco-Belge*, Lycée Carnot, boulevard Malesherbes.

Chili.
Hôpital Franco-Chilien, 186, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris.

Danemark.
Hôpital de la Mission danoise, 3, rue Louis-Boilly, Paris. Cet hôpital était dirigé par le Dr Tscherning, de Copenhague.

Espagne.
Hôpital de la Colonie Espagnole, boulevard Bineau, Neuilly.

Grande-Bretagne.
Hôpital d'Arc-en-Barrois (fondé et entretenu par Miss Bromley-Martin et Miss Hampton).
Hôpital de l'Hôtel Astoria (fondation de Lord et Lady Michelham), Paris.
Hôpital de l'Écosse, 7, rue de la Chaise, Paris (établissement subventionné par la Croix-Rouge britannique, branche écossaise).
Ambulance de la Duchesse de Sutherland, à Calais.
Hôpital bénévole N° 60 bis, à Céret (Pyrénées-Orientales), fondation de Mrs. Allhusen.
Anglo-French Hospital de la Clayette (Saône-et-Loire), fondation de Mme Bologne Heiser.
Hôpitaux anglais du Wounded Allies Relief Committee, à Limoges et à Lyon.



PARIS, ALCAZAR D'ÉTÉ. — COMITÉ AMÉRICAIN.
VOITURE CHARGÉE DE COLIS.



HÔPITAL POUR FEMMES ET ENFANTS A ARROMANCHES.
(Edith Wharton's War Charities in France.)

Hôpital du Women Emergency Service Corps, à Lourdes.
Hôpital de Lady Syhes, à Malo-les-Bains.
Florence Fiune's Hospital, formation de Lady Fiune, à Malo-les-Bains.
Hôpital du Pavillon Royal au Bois de Boulogne, fondation de Mme Hay.
Urgency Cases, à Revigny (Meuse).
Ambulance Anglo-Française de Rimberlieu (fondation de Mme Symons).
Hôpital militaire de Ris-Orangis (fondation de Lady Johnstone et de M. Reckift, ancien membre de la Chambre des Communes).
Hôpital anglais N° 307 (Neuilly-sur-Seine).
Hôpital chirurgical de Roosebruge, près Beveren (Belgique) (fondation de Mme Borden-Turner).
Hôpitaux des « Scottish Women's » (formation chirurgicale composée de chirurgiennes écossaises et d'un personnel entièrement féminin que dirigeait Mlle le docteur Iveno. Ces formations étaient installées, l'une à l'Abbaye de Royaumont (Oise), l'autre à Villers-Cotterets.
Hôpital du Château de Béarn, à Saint-Cloud (fondation de Lady Hartwell).
Hôpital du Château de Saint-Rome, près Ville-Nouvelle (Haute-Garonne), formation anglaise organisée par Mme la Vicomtesse de la Panouse, Présidente du Comité Londonien de la Croix-Rouge française.
Hôpital des « Scottish Women's », à l'armée d'Orient (précédemment à Chanteloup, près de Troyes).
Établissements de la Société des Amis (dispensaires, etc..., établis sur divers points de la zone des armées).

Canada.
Hôpital Canadien de Saint-Cloud.
Hôpital Canadien du Plateau de Gravelle, à Joinville-le-Pont (établissement offert par la Croix-Rouge canadienne, actuellement en construction).
Hôpital Canadien de l'Université Laval, à Troyes.
Hôpital Canadien de Dinard (organisé au moyen d'une subvention de 500.000 francs offerts par le Gouvernement Canadien).

Sud-Afrique.
Hôpital de la Mission Sud-Africaine (hôpital Beau-Rivage, à Cannes).

Grèce.
Hôpital Mobile, organisé par la Princesse Marie de Grèce à l'armée d'Orient.

Italie.
Hôpital de l'Ambassade d'Italie, 41, quai d'Orsay.
Fondation de la Duchesse de Camastra (villa Molière, Auteuil).

Pays-Bas.
Hôpital Néerlandais, au Pré-Catelan.

Russie.
Hôpital de la Croix-Rouge russe (hôtel Carlton, Paris).
Ambulances russes (formations chirurgicales automobiles, sections sanitaires et convois) aux armées.
Hôpital Chirurgical Marishkine (fondation de Mme Léon Marishkine), à l'armée d'Orient. *Hôpital de Poliakoff*, Biarritz.

Suède.
Hôpital Suédois (annexe du Val-de-Grâce, Paris).

Uruguay.
Centre Hospitalier de Souilly (Meuse).

* * *

A côté de ces formations il en est d'autres qui, comme nous le disions plus haut, ont été obligées de cesser leurs services.

De ce nombre nous citerons :

L'Hôpital Anglais du Château de Foyel, à Canly (Oise), organisé par Lady Eva Wamys, avec le concours de M. Hussey Walsh, propriétaire de ce domaine.
L'Hôpital du Château de Rozières, près Nanteuil-le-Haudoin, avec le concours de M. Muhr et du Colonel Bentley-Moh, ancien attaché militaire des États-Unis, à Paris.
L'Hôpital anglais d'Hardelot (Pas-de-Calais), fondation de la Duchesse de Ruthland et de Diana Lady Mauners.



ENFANTS BELGES DES FLANDRES RECUEILLIS PAR LE COMITÉ.
(Edith Wharton's War Charities in France.)
ÉCOLE DENTELLIÈRE A SAINT-OUEN.

L'Hôpital anglais de Nevers.
Les Hôpitaux anglo-éthiopiens de Saint-Valéry-sur-Somme et de Trendos, organisés par Mme Daughty Willie.
L'Hôpital de la Colonie hellénique, qui était établi à Paris, 8, rue de Chateaubriand.
L'Hôpital irlandais de Gézaincourt (Somme), fondation de Lady Mac Calmon.
L'Hôpital de la Croix-Rouge Japonaise, qui a précédé la fondation Michelham à l'Hôtel Astoria de Paris.
L'Hôpital roumain de Sachino, près Bidard (Basses-Pyrénées), fondation de la Princesse Ghyka.
L'Hôpital Franco-Serbe de Corfou, organisé par la Princesse de Poix.
Le Clamorgan and Monmoutshire Hospital, de Berck-Plage.
L'Hôpital de Lady Guernsey, à Fécamp.
L'Hôpital Franco-Britannique de Lady Murray, au Tréport.
L'Hôpital de l'Alliance, à Yvetot.

* * *

Indépendamment des hôpitaux et ambulances énumérés ci-dessus, il importe, pour donner une idée sensiblement exacte de l'importance des concours apportés au Service de Santé français par les pays alliés ou amis, de faire mention d'un certain nombre d'œuvres dont l'activité a réalisé à notre profit, durant toute la durée de la guerre, une coopération tout à fait considérable.

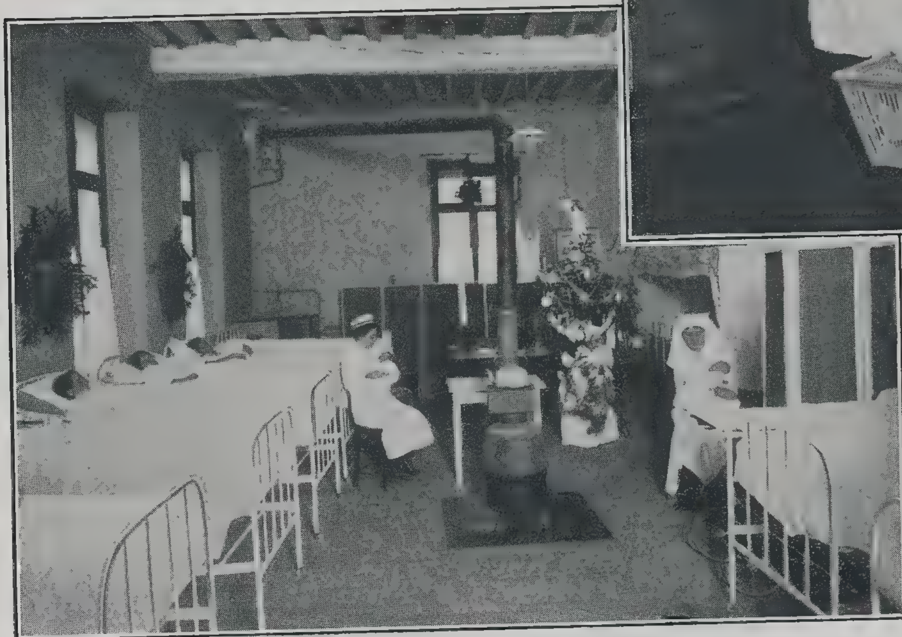
Les principales de ces œuvres sont :

A) Les Sections d'ambulances automobiles aux Armées.

1° Le *British Ambulance Committee*, œuvre anglaise subventionnée par le Lloyd, présidée par l'Amiral Lord Charles Beresford et dirigée par M. Bradbey-Peymann.
2° La *Fondation de la British Red Cross.*



AMERICAN MEMORIAL HOSPITAL, REIMS.
LA CRÈCHE.



AMERICAN MEMORIAL HOSPITAL. REIMS.
UNE SALLE DU PAVILLON DE LA MATERNITÉ (NOËL 1921).

3° Le *French Ambulance Unit.*
4° Le *Hackett Unit*, fondé par Miss Desmond Hackett.
5° La *Fondation du Comité Londonien de la Croix-Rouge française*, créée avec des fonds et un personnel anglais par Mme de la Panouse et M. Hillings Worth.
6° Le *French Relief Fund.*
7° L'*Ambulance Service*, de l'armée américaine pour l'armée française.

B) Les Cantines.

1° L'*Œuvre de la Goutte de Café*, fondation anglaise organisée par le Comité Londonien de la Croix-Rouge française et qui comprenait 60 cantines.
2° Les *Women's Emergency Canteens for Soldiers* (œuvre anglaise comprenant aussi 60 cantines).
3° Les *Cantines de régimes*, supplément d'alimentation dans les hôpitaux militaires, œuvre anglaise fondée par Miss Oliver.
4° L'*Œuvre des Foyers du Soldat*, Union Franco-Américaine qui comporte également des cantines, distribution de boissons chaudes, etc., et qui groupe environ 300 établissements.
5° L'*Œuvre du Foyer du Soldat* (fondation anglaise dirigée par Miss Kemp).

C) Les Œuvres de distribution.

Sous cette rubrique est groupé l'ensemble des sociétés qui ont pour but :

a) Principalement d'améliorer par des dons en nature l'installation matérielle des hôpitaux et ambulances, les conditions d'existence, le vêtement, la nourriture, etc., des militaires en traitement.

b) Accessoirement, de venir en aide aux populations civiles des régions libérées de l'occupation ennemie, des villes bombardées, etc. (distribution de vivres, de vêtements, d'outils aratoires, d'animaux de basse-cour, etc.).

COMITÉ AMÉRICAIN POUR LES RÉGIONS DÉVASTÉES DE LA FRANCE



UNE PAUVRE FEMME QUI A PERDU TOUTE SA FAMILLE A LA GUERRE, INSTALLÉE PAR LE COMITÉ AMÉRICAIN. NOUVION (AISNE).



MAGASIN ROULANT DU COMITÉ AMÉRICAIN.



FORGE DU COMITÉ OU DES RÉPARATIONS DE TOUTES SORTES SONT FAITES SUR MACHINES AGRICOLES, ETC., ETC.



CLINIQUE D'ENFANTS



HÔPITAL DES DAMES AMÉRICAINES.



CINQ PETITS ENFANTS DE FRANCE RAVITAILLÉS PAR LE COMITÉ AMÉRICAIN.



UN CORDONNIER REVENU AU PAYS ET UTILISANT DES OUTILS DONNÉS PAR LE COMITÉ AMÉRICAIN.



ŒUVRE DE LA GOUTTE DE LAIT
CRÉÉE SOUS LES AUSPICES DU COMITÉ BRITANNIQUE (C.R.F.)

Parmi ces œuvres, les principales sont les suivantes :

Le *Service de Distribution*, de la Croix-Rouge canadienne.
Le *French Wounded Emergency Fund*, œuvre anglaise.
Le *Bien-Être du Blessé*, présidé par Mme la Marquise d'Andigné et ravitaillé par de nombreux Comités américains dont l'activité aux États-Unis est dirigée par Mme Gertrude Alherton, œuvre spécialisée dans la distribution de vivres reconstituants et dans l'organisation des *Cantines de Régime* usitées dans les hôpitaux d'Amérique.
L'*Œuvre du Soldat Blessé ou Malade*, présidée par Mme Paul Dupuy (fonds américains).
L'*American Fund For French Wounded*, Présidente Mme Lathrop avec une « branche civile » spécialisée pour l'assistance aux populations de la zone libérée et qui fonctionne sous la direction de Miss Anne Morgan.
Le *Réconfort du Blessé*, présidente Mme Balli, assistée de M. Holman Black.
L'*Espérance*, présidée par Mme Muston (fonds américains).
Le *Comité de l'Alliance Franco-Hellénique*.
Le *Service de Distribution de la Croix-Rouge australienne*.
Le *Surgical Dressing's Committee*, Comités des pansements chirurgicaux des États-Unis ; Directrice : Mme Austin.
Le *Trait d'Union Franco-Américain*, œuvre fondée et dirigée par Mme Griegs, de New-York.
Le *Service de Secours aux Hôpitaux*, précédemment « Service de Distribution Américaine », puis attaché à la Croix-Rouge des États-Unis (direction : Mme Vood Bliss, M. Russel Greeley, M. Horace Stanton).
Pittsbourg Field Ambulance, fondée par Miss Graven et dirigé par M. le docteur de Gerin.
L'*Anglo French Aid Depôt*, dirigé par Mme Buckley à Dieppe.
Le *Service Anglo-Américain de Distribution*, dirigé par le docteur John Garstang, professeur à l'Université de Liverpool (siège à Carcassonne et action étendue aux formations du territoire des 16e et 17e régions).
Service de Distribution du Comité Londonien de la Croix-Rouge française.
Pour les Blessés, ouvroir pour la fabrication des appareils spéciaux perfectionnés (œuvre anglo-franco-américaine).
Comité Franco-Américain contre les Impotences Fonctionnelles, dirigé par Miss Gassette.
War Relief Committee, œuvre organisée en Amérique par Miss Robinson Smith pour procurer aux hôpitaux des machines à glace, du lait condensé
Durgea War Relief Committee, œuvre américaine fondée et dirigée par Mme Duryea.
L'*Atelier du Blessé franco-américain*, dû à la bienfaisance de M. Nelson Cromwell.
Les *Amitiés Musulmanes* et le *Foyer Musulman*, 24, rue Taitbout, association organisée en vue de développer les sympathies réciproques de la France, de ses alliés et des pays d'Islam, et de créer à Paris un centre d'assistance pour les musulmans. Cette œuvre, dont l'importance n'échappera à personne, réunissait dans son comité de patronage et de direction d'éminentes personnalités françaises tels que MM. le Maréchal Lyautey, Paul Cambon, Édouard Herriot, pour n'en citer que quelques-unes.

Qu'il nous soit permis, après cette longue énumération, de dire également le dévouement apporté à notre cause par deux pays neutres, nos plus proches voisins : l'Espagne et la Suisse.

L'Espagne, en de multiples circonstances, sut nous donner des preuves de sympathie, plus particulièrement en ce qui concernait nos prisonniers de guerre. C'est ainsi que S. A. R. Alphonse XIII, chaque fois qu'une mère ou qu'une épouse française s'inquiétait de la disparition prolongée d'un enfant ou d'un mari et venait dans un langage souvent naïf lui demander son appui pour avoir des renseignements sur le disparu, s'est toujours efforcé, grâce à l'ambassade d'Espagne à Berlin, d'obtenir les renseignements demandés.

En Suisse, où nous avons toujours compté tant d'amitiés, nos amis organisèrent, avec beaucoup de précision, le rapatriement des grands blessés. Et, ce qui est d'autant plus méritoire, c'est que dans ce pays qui, par sa situation et ses méthodes d'enseignements, compte beaucoup de ger-



Photo Sect. phot. de l'Armée.

FOYER MUSULMAN

manophiles, on fit toujours d'enthousiastes réceptions à nos nationaux, lors du passage des trains qui les ramenaient en France.

Parmi les étrangers qui s'occupèrent aussi de renseigner les familles sur leurs disparus nous citerons un Américain établi en Suisse, M. Henri Kahn qui, avec ses propres ressources, organisa un bureau de renseignements aux familles. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

* * *

La France devant une telle affluence de secours étrangers se devait d'organiser elle aussi un service qui répondrait à toutes les questions relatives à ces secours.

C'est ainsi que lorsque M. Justin Godart occupait le poste de sous-secrétaire d'État au Service de Santé, le service des dons, œuvres et concours étrangers qui fonctionnait alors sous le nom de Section D avait à sa tête le distingué M. de Piessac.

Sous la direction de celui-ci le service avait à résoudre toutes les questions relatives aux hôpitaux étrangers qui ont atteint à un moment donné le nombre de 80. Il avait également dans ses attributions l'administration des infirmières temporaires ainsi que les questions relatives au traitement des indigènes d'Afrique et à l'hospitalisation en France des malades et blessés provenant des armées alliées. Il eut enfin à s'occuper de l'organisation des différentes missions sanitaires à l'étranger. (Mission française en Roumanie, formations sanitaires françaises offertes aux armées russes par les communes de France et les colonies françaises, etc.)



S. M. ALPHONSE XIII, ROI D'ESPAGNE.

Plus tard, lorsque la politique se mêla bien maladroitement à des questions qui relevaient cependant d'un idéal, la défense de la France, on voulut réorganiser la Section D et ce fut alors qu'on créa la Section des Concours étrangers et de l'Entrepôt des Dons. Cette Section fut placée sous la direction d'un officier supérieur du nouveau cabinet ; mais lors de la démobilisation de celui-ci en mai 1919, elle demeura sous la direction de M. de Piessac qui cependant était demeuré dans le service aux côtés de cet officier.

D'ailleurs, l'intérêt présenté par cette Section ne se démentit pas, au cours des années qui suivirent la guerre; à l'heure où nous écrivons ces lignes quatre ans se sont écoulés depuis la cessation des hostilités et la Section des Concours étrangers existe toujours. Elle relève maintenant, toujours dirigée par M. de Piessac, du Ministère des Affaires étrangères. Et c'est là peut-être la meilleure preuve de son utilité. Il nous a été donné d'assister à des fêtes organisées par elle grâce surtout à la générosité des Anglais et des Américains installés à Paris. Ces fêtes qui se déroulaient dans les plus beaux cadres de l'élégance parisienne, avec le concours d'artistes réputés, ont donné des résultats financiers merveilleux qui permettent de secourir largement les misères et les souffrances nées de la guerre.

* * *

La France n'oubliera jamais l'aide apporté par les étrangers. Pour ne citer qu'un exemple, nous rappellerons seulement que le « Memorial Day », en l'honneur des Américains morts pour la France est fêté chez nous presque à l'égal d'une fête nationale.

Pendant que de l'autre côté de l'Atlantique, des épouses et des mères versent des larmes à la pensée d'un être cher, mort pour la défense d'un superbe idéal, celui de la liberté, en France se déroulent de nombreuses et touchantes cérémonies. Dans des cimetières militaires américains, les autorités, accompagnées de délégation, rendent un hommage solennel à la mémoire de ceux qui tombèrent sur notre sol.

Toute notre grande presse a rendu notoire ces manifestations, mais ce qu'on ne peut savoir c'est que dans les coins les plus reculés de la France, dans les plus petites communes, les habitants, d'un élan spontané, sont venus en nombre s'incliner sur les quelques tombes, sur l'unique tombe quelquefois, du héros que le village abritait dans son humble cimetière.

L'œuvre de Fraternité Franco-Américaine dont le siège est à Paris, 57, rue de Babylone, dans un élégant

opuscule — dont nous avons détaché les lignes précédentes — groupé les lettres relatives à ces manifestations de fraternité. Parmi ces lettres nous en détacherons une, écrite par une enfant de 12 ans, dans laquelle se révèle toute la délicatesse de notre race.

Lettre d'Hélène Blériot à la secrétaire générale de la Fraternité Franco-Américaine :

COMMUNE DE TINCOURT-BOUCLY (735 hab.) (SOMME).

MADAME,

Nous venons d'offrir aux soldats américains inhumés dans notre commune le témoignage de notre affection respectueuse et reconnaissante.

Nous avions tressé une grande couronne de bleuets, pâquerettes et coquelicots et nous l'avons déposée dans le cimetière, puis nous avons mis sur chaque tombe un petit bouquet fait de ces mêmes fleurs champêtres. On nous avait dit en classe, avant notre départ, combien nous devions à nos amis les Américains ! Leurs soldats ont aidé les nôtres à délivrer notre pays ; ils ont hâté notre retour au village. Les dons des Américains ont permis de refaire notre foyer, et nos mamans n'oublient pas l'aide charitable du poste du village reconstitué de Roisel !

Notre école doit beaucoup à la charité des Américains, et, si vous en avez l'occasion aujourd'hui, Madame, dites à nos bienfaiteurs qu'ils n'ont pas obligé des ingrats. En particulier, nous ne vous oublions pas, Madame, nous avons accompli un pieux devoir en allant visiter les tombes américaines et nous l'avons fait avec d'autant plus d'empressement que nous répondions à votre appel.

Croyez toujours en notre souvenir reconnaissant et respectueux.

Signé : Hélène BLÉRIOT (12 ans).
(Élève de l'école de Tincourt-Boucly.)

Une telle lettre, dans son émouvante simplicité, serait pour tous nos généreux bienfaiteurs la plus belle récompense, si le soulagement des souffrances ne constituait pas la seule raison d'être de la charité.

Docteur Joë FAURE.



LANDOWSKY. — A LA SUISSE CONSOLATRICE, LA FRANCE RECONNAISSANTE.

CHAPITRE XXIV

MONOGRAPHIES

PARIS
(G. M. P.)

HOPITAL COMPLÉMENTAIRE DU GRAND PALAIS


Grand Palais, salle de mécanothérapie.

Créé en septembre 1914, l'hôpital du Grand Palais, qui ne devait d'abord être qu'un hôpital d'éclopés, devint une des plus magnifiques formations chirurgicales de France, susceptible d'hospitaliser mille grands blessés et où 750 lits de grande chirurgie furent occupés en permanence; 330 infirmiers militaires et 110 infirmières bénévoles assurèrent tous les services.

A cette installation chirurgicale modèle, réalisée sous la direction du médecin-principal Coppin, médecin-chef, s'adjoignit, en décembre 1914, un service de physiothérapie, dirigé par le professeur agrégé Camus, et qui peut être tenu pour le plus parfait du genre. La thermothérapie, l'hydrothérapie, la kinésithérapie, l'électrothérapie, le massage y étaient pratiqués avec les méthodes les plus perfectionnées.

Un service de rééducation et d'entraînement militaire parachevait l'œuvre chirurgicale. Ce dernier organe fut plus tard complété par un vaste service de rééducation professionnelle organisé par l'Union des Colonies étrangères en France.

HOPITAL TEMPORAIRE BUFFON


Hôpital Buffon n° 1. Salle de malades.

Organisé au mois d'août 1914, dans l'immeuble du Lycée Buffon, 16, boulevard Pasteur, cet important hôpital, dirigé par le professeur Letulle, comptait 676 lits, répartis en services de médecine générale, de contagieux, de neurologie (Dr Babinski) et de grande chirurgie, avec divers services de spécialités.

Au 1er janvier 1918, l'hôpital Buffon avait reçu plus de 13.000 blessés.

HOPITAL V. G. N° 17. Fondation Stillman


Hôpital américain. Hôtel Stillman.

M. James Stillman, philanthrope américain, a voulu que son bel hôtel particulier de la rue Rembrandt fût mis, avec tout son confort, à la disposition d'officiers blessés qui y trouveraient la plus généreuse hospitalité. Il assuma seul tous les frais d'installation et d'entretien de cette formation.

24 lits y furent installés. Ils étaient réservés à des officiers sortant des grands centres de chirurgie. 256 officiers furent hospitalisés.

M. et Mme Varin furent les administrateurs de la fondation Stillman, qui eut pour médecins-chefs les Drs Crosby, Whitman, puis Bousseau et Sapelier.

HOPITAL COMPLÉMENTAIRE V. G. N° 81
Hôtel de Rohan

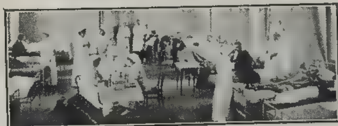

Hôpital complémentaire n° 81.

Fondée en mai 1915, par la duchesse douairière de Rohan, dans son hôtel du boulevard des Invalides, sous les auspices de la Société de secours aux blessés militaires, cette importante formation fut un modèle d'hôpital chirurgical. 60 lits y étaient réservés aux grands blessés, ceux notamment atteints de blessures osseuses du crâne et des membres, de blessures de la vessie et enfin de plaies de poitrine.

Dirigée par la duchesse de Rohan qui tint à demeurer jusqu'au bout l'infirmière-major de l'hôpital 81, cette formation hospitalisa durant la guerre plus de 1.200 blessés.

Le service chirurgical y fut assuré par le Dr Le Fur, en urologie, et, en chirurgie du thorax, par le Dr Petit de la Villéon, spécialisé dans l'extraction des projectiles de poitrine

HOPITAL AUXILIAIRE N° 101
École supérieure de Commerce


Hôpital auxiliaire n° 101.

Organisé par l'Union des Femmes de France dans les locaux de l'École supérieure de Commerce, 79, avenue de la République. A reçu ses premiers blessés, le 10 septembre 1914.

300 lits y ont été aménagés, dont 120 pour les grands blessés.

Le service de grande chirurgie y disposait en effet d'une installation chirurgicale de premier ordre et d'un service de radiographie perfectionné.

Géré et administré par Mlle Aizelin, puis par Mme M. Troisgros, l'hôpital 101 avait pour chirurgien en chef le professeur agrégé Mauclaire.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 103
École Normale Supérieure


Hôpital auxiliaire n° 103.

La vieille école de la rue d'Ulm, vide de normaliens, fut transformée, dès le mois de septembre 1914, en hôpital temporaire par les soins de l'Union des Femmes de France. 150 lits, répartis en trois services, furent organisés dans les spacieux dortoirs des élèves, transformés et aménagés dans ce but.

Cet hôpital reçut surtout des grands blessés.

L'administrateur en était M. Cartan ; la directrice Mlle Bartkowska.

Médecin-chef : Dr L. Floersheim.

Médecins-traitants : Drs Desmons, Isidor et Galtier-Boissière.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 108
108, rue Molitor, Paris


Hôpital auxiliaire n° 108.
Salle Iéna : typhiques et contagieux.

Installé dès la mobilisation dans les locaux de l'École normale des instituteurs de la Seine, par l'Union des Femmes de France. 275 lits.

Cette importante formation sanitaire, comprenait un service de chirurgie, un service de médecine générale et trois services de typhiques, ces derniers particulièrement bien aménagés.

Directrice : Mlle Le Bidan de Saint-Mars.

Personnel médical : Drs Belin, Lesné, Souques, Mauclair, Pezzer, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Infirmière-chef : Mme de Labriolle.

A fonctionné plus tard rue Claretie avec 150 lits sous le nom d'Hôpital Chilien.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 117
Lycée Janson-de-Sailly


Hôpital auxiliaire n° 117.

Hôpital de première catégorie, fondé par l'Union des Femmes de France, 106, rue de la Pompe, 320 lits de grande chirurgie et d'urologie. Les nombreux services en étaient assurés par un personnel médical et infirmier entièrement volontaire.

Administrateur général et directrice : M. et Mme A. Falcouze.

Infirmière-major : Mme d'Aries.

Médecin-chef : Dr René Le Fur.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 121
Lycée Louis-le-Grand


Hôpital auxiliaire n° 121.

Installé par l'Union des Femmes de France, dans une partie des vastes locaux du Lycée Louis-le-Grand, 123, rue Saint-Jacques. Cette importante formation chirurgicale comptait 275 lits pour grands blessés répartis en huit grandes salles.

La directrice en était Mme Einhorn ; l'infirmière-chef Mme Lantelme.

Médecins-chefs : les Drs Routier et Barth, assistés des chirurgiens Jean-Louis Faure, Paul Delbet, etc.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 160
Hôtel Majestic


Hôpital auxiliaire n° 160.

L'Union des Femmes de France organisa cet hôpital dans les somptueuses salles du rez-de-chaussée de l'hôtel Majestic, 19, avenue Kléber.

Cette belle formation comprenait 80 lits de grande chirurgie, répartis dans trois grandes salles et un certain nombre de chambres d'officiers.

Administrateur-Directeur : M. Hainl.

Chirurgien-chef : Dr Mauclaire, chirurgien des hôpitaux de Paris. Médecine : Dr Gaume. Infirmière-chef : Mlle Huet.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 161
Ministère des Finances


Hôpital auxiliaire n° 161.

Ce luxueux hôpital temporaire fut installé en août 1914, par Mme Noulens, dans les salles de réception du Ministère des Finances, sous les auspices de l'Union des Femmes de France, et garda sous le ministère de M. Ribot, sa pieuse destination.

29 lits étaient placés dans les immenses salles à manger du ministre, donnant sur la cour du Carrousel. La présidente de son administration était Mme Noulens, les vice-présidentes : Mmes Bienvenu-Martin et Fernand-David.

Chirurgien-chef : Dr Fischer. Médecin-chef : Dr Capitan.

HOPITAL DE L'INSTITUT DE FRANCE
Hôpital auxiliaire n° 265

Dès la déclaration de guerre, l'Institut de France organisa, avec le concours de l'Association des Dames Françaises, un hôpital temporaire dans les locaux de l'hôtel Thiers, 27, place Saint-Georges.

50 lits y furent installés, pour les grands blessés, dans des conditions toutes particulières de confort.

M. Frédéric Masson en fut l'administrateur en titre, secondé par M. Bernier. Le personnel hospitalier, fourni par l'A. D. F., avait pour infirmière-major Mme Miret.

Le professeur Broca, les docteurs Maurange, Troisier, la doctoresse Houdré assurèrent le service médical et chirurgical.

HOPITAL ANGLAIS DU PAVILLON ROYAL


Hôpital anglais du Pavillon Royal.
Une salle commune.

Parmi les nombreux hôpitaux que nos alliés anglais fondèrent sur le sol français durant la guerre, un des plus luxueusement aménagés et des plus connus des Parisiens était celui du bois de Boulogne, installé dans le restaurant du Pavillon Royal, après avoir fonctionné à Malo-les-Bains.

Mme Hay en fut la fondatrice

Cette formation, qui comptait 65 lits de grande chirurgie, portait l'appellation de « Edinburgh and Border Hospital » ou hôpital bénévole n° 9 *bis*.

MAISON NATIONALE DE SANTÉ
de Saint-Maurice (Seine)

A reçu pendant la guerre de nombreux malades mentaux évacués par le Val-de-Grâce et qui y ont trouvé les soins les plus parfaits.

L'asile national des convalescents de Saint-Maurice a formé un important hôpital autonome de 772 lits devenu le centre d'appareillage du G. M. P.

HOPITAUX ITALIENS DU QUAI D'ORSAY ET DE LA VILLA MOLIÈRE


Hôpital du Gouvernement italien.

Le Gouvernement italien avait choisi pour installer l'hôpital qu'il mit généreusement au service de nos blessés, le bel hôtel du comte Karoly, 51, quai d'Orsay.

Cette superbe formation, fondée sous le patronage de Mme Tittoni, comprenait 55 lits de grande chirurgie ; elle fonctionnait comme annexe de l'hôpital complémentaire V. G. 11, installé dans la maison chirurgicale d'Auteuil, dite villa Molière, avec 100 lits, fondation italienne présidée par le duc de Camastra.

HOPITAL DE L'AMBASSADE DE RUSSIE
Carlton Hotel


Hôpital russe. (Carlton Hotel.)
Salle de malades.

D'abord installé à Blanquefort (Gironde), puis à Paris, dans l'immeuble somptueux du Carlton Hotel 121, avenue des Champs-Elysées, cet hôpital, qui avait été fondé sous les auspices de la Société de secours aux blessés militaires, par l'ambassade de Russie à Paris, fonctionna comme hôpital bénévole sous le n° 24 *bis*.

MM. de Poliakoff et Islavine furent les premiers administrateurs de l'hôpital russe, qui eut des chirurgiens tels que MM. Voronoff, de Martel, Leriche, Petit de la Villéon.

Il comptait 110 lits réservés à la grande chirurgie.

HOPITAL DE LA COLONIE SUÉDOISE


Ambulance suédoise.
Vue d'ensemble de la grande salle.

L'hôpital complémentaire V. G. 15 était situé près du parc Monceau, dans un immeuble de la rue Guyot appartenant à l'État suédois et qui constitue, en plein Paris, un coin de Suède, pittoresque et charmant. Il a été fondé par la colonie suédoise de Paris, qui en assuma tous les frais d'entretien.

M. Beek-Friis en fut le fondateur ; M. G. Schonmeyr, l'administrateur. 20 lits y étaient réservés aux blessés sortant de services de chirurgie, qui y recevaient un traitement physiothérapique organisé suivant les méthodes suédoises les plus perfectionnées.

CANTINE MILITAIRE DE LA GARE SAINT-LAZARE, PARIS


Cantine militaire de la gare Saint-Lazare.

Parmi les nombreuses œuvres de guerre fondées par la Société de secours aux blessés militaires, une des plus modestes mais qui rendit de précieux services aux soldats isolés évacués du front ou en permission, fut celle des cantines militaires.

La photographie que voici, représentant la cantine militaire de la gare Saint-Lazare, donne une idée fidèle du milieu coquet et réconfortant offert à nos soldats par cette utile institution.

HOPITAL DE LA MISSION DANOISE


Hôpital danois bénévole n° 8 bis.
Une salle de malades.

D'abord installé au Tréport, en mai 1915, l'hôpital créé et généreusement entretenu par la mission danoise dirigée par le professeur et Mme Tscherning fut transféré à Paris, 3, rue Louis-Boilly, le 26 octobre 1915.

Il y fonctionna désormais sous le nom d'hôpital bénévole n° 8 *bis*, avec 100 lits de grande chirurgie où les grands blessés trouvèrent les soins les plus éclairés et les plus dévoués.

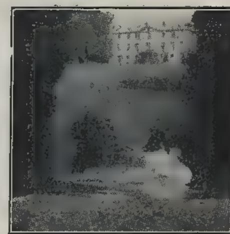
HOPITAL BÉNÉVOLE N° 12 bis
Sanatorium de la Malmaison


Pavillon des Lauriers.
Hôpital bénévole n° 12 bis.

Le sanatorium de la Malmaison, fondé en 1911 par les docteurs Antheaume et Bour, à Rueil, 4, place Bergère, se devait de consacrer une partie de ses locaux aux blessés de guerre. Somptueusement organisé, par petits pavillons isolés au milieu d'un parc splendide, cet établissement qui est, en temps de paix, destiné au traitement des affections du système nerveux, reçut, durant la guerre, des grands blessés.

Il fonctionna avec 20 lits de chirurgie de Ire catégorie sous l'appellation d'hôpital bénévole n° 12 *bis*.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 73
à Nogent-sur-Marne


Nogent-sur-Marne,
hôpital auxiliaire n° 73.

Dès le début de la guerre, Mme Champion-Smith mettait à la disposition du Service de Santé son admirable propriété de Nogent-sur-Marne, pleine de souvenirs historiques. Elle y installa, avec l'aide de la Société de secours aux blessés militaires, l'hôpital auxiliaire n° 73 qui ne tarda pas à fonctionner avec 65 lits de chirurgie.

Mme Champion-Smith y assuma toujours les fonctions de directrice, aidée de sa sœur, Mlle Jeanne Smith, et du Dr Le Maguet, plus tard tué à l'ennemi, qui dirigea de ses conseils autorisés les premières installations.

Le service médical et chirurgical y fut assuré par les Drs P. Ropiteau, Thomas, Rinuy, assistés par des infirmières bénévoles.

HOPITAL CANADIEN DE SAINT-CLOUD


Hopital canadien de Saint-Cloud.
Intérieur d'un baraquement.

Parmi les beaux hôpitaux fondés généreusement par le Canada en France, un des mieux installés et des plus pittoresques fut l'hôpital bénévole n° 11 *bis*, organisé sur l'hippodrome de Saint-Cloud, dont il utilisa le pavillon, les tribunes et où il éleva de nombreuses tentes et baraquements, contenant au total 520 lits.

Le personnel médical et infirmier, le matériel, les médicaments étaient entièrement de source canadienne.

On y pratiqua la grande chirurgie et la restauration maxillo-faciale.

HOPITAL ESPAGNOL DE NEUILLY


Hôpital espagnol.
Hôpital bénévole n° 15 bis.

C'est à Neuilly-sur-Seine, dans le coquet hôtel de l'asile San Fernando, que la générosité espagnole installa son hôpital pour les blessés français. Dotée de 55 lits de grande chirurgie, admirablement installée, servie par un personnel d'élite, cette formation chirurgicale fonctionna avec une activité constante sous le nom d'hôpital bénévole n° 15 *bis*.

POSTE de SECOURS et de RAVITAILLEMENT DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE
Gare de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise)

Fondé au mois d'août 1914, par quelques dames infirmières de la section de l'Association des Dames Françaises de Saint-Germain-en-Laye, en attendant l'ouverture de l'hôpital, le poste de secours et de ravitaillement de la gare de Grande-Ceinture de cette ville rendit de tels services que cette institution fut ensuite définitivement maintenue et placée sous la direction de Mme Ch. Bourget, vice-présidente honoraire.

Le personnel dévoué des infirmières affectées à cette œuvre donna d'abord des soins urgents aux blessés des trains sanitaires, puis il ravitailla les trains de troupes ou de permissionnaires.

Les subsides provenaient de la propre générosité des dames infirmières et, plus tard, du produit des quêtes effectuées par leurs soins auprès des voyageurs des deux gares de Saint-Germain.

HOPITAL TEMPORAIRE DU VÉSINET


Le Vésinet, hôpital temporaire.

L'asile national du Vésinet, maison de convalescence des femmes traitées dans les hôpitaux de Paris, fut transformé en hôpital complémentaire autonome comptant 650 lits. Cette importante formation, d'installation très moderne, comptait quatre principaux services

Le service de grande chirurgie : Drs Le Filliâtre et Le Chevallier;

Le service de médecine générale : Dr Calbet;

Le service des paludéens : Dr Ozoux;

Le service des tuberculeux : Drs Sergent, Lauth et Durand.

Les Drs Ramonat, Sergent, Faucher, Renon, Le Filliâtre en ont été successivement médecins-chefs.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 217
Collège d'Etampes


Hôpital auxiliaire n° 217. Dortoir.

Organisé dès le 3 août 1914 par le Comité d'Etampes de l'Association des Dames Françaises, l'hôpital 217 fonctionna durant toute la guerre avec 50 puis 85 lits.

Il reçut surtout des blessés exigeant un traitement électrothérapique et se doubla en 1917 d'un centre hospitalier agricole qui obtint de remarquables résultats dans la rééducation des grands blessés. En 1918, il fonctionna comme hôpital de grippés et son personnel dévoué d'infirmières paya un lourd tribut à cette affection.

Au 1er avril 1919, la formation avait reçu 1.373 entrées et procuré à nos soldats 55.000 journées d'hospitalisation.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 104
Saint-Leu-Taverny (Seine-et-Oise)

Organisé et entretenu par l'Union des Femmes de France dans les locaux d'un pensionnat de jeunes filles, 40, Grande-Rue, avec un personnel entièrement bénévole.

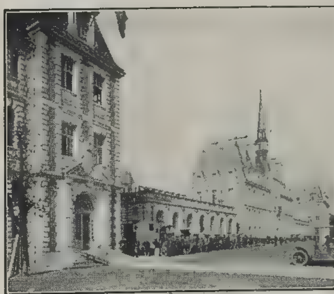
75 lits de petite chirurgie y étaient organisés. Au 1er janvier 1917 cette active formation comptait près de 30.000 journées d'hospitalisation dont 20.000 environ pour les blessés.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 208
Villeneuve-Saint-Georges


Villeneuve-Saint-Georges, hôpital auxiliaire n° 208. — La grande salle.

Cet hôpital a été institué par le Comité de Villeneuve-Saint-Georges de l'Association des Dames Françaises, dans le groupe scolaire Jules-Ferry. Organisé avec 60 lits de petite chirurgie, pourvu de salles d'opérations et de services accessoires heureusement aménagés, il fonctionna dès le 9 août 1914, avec une quinzaine d'infirmières bénévoles qui assurèrent à cet établissement un rendement des plus actifs.

HOPITAL AMÉRICAIN DE NEUILLY


Hôpital américain de Neuilly.

Dès la déclaration de guerre, la générosité américaine installait à Neuilly, dans les vastes locaux du Lycée Pasteur, un splendide hôpital organisé, entretenu et desservi avec les seules ressources, en matériel et en personnel, du Comité de l'Ambulance américaine, dont M. Laurence V. Benett était président.

Cette belle formation, qui portait l'appellation d'hôpital bénévole 2 *bis*, et qui compta de 600 à 800 lits d'hospitalisation, eut une activité considérable pendant la guerre et rendit les plus éminents services. Elle ne reçut que des grands blessés, traités dans ses services de chirurgie générale et de restauration maxillo-faciale.

NEUILLY-SUR-SEINE
Hôpital auxiliaire n° 233

Dès la déclaration de guerre, le Comité de Neuilly, de l'Association des Dames Françaises organisa, suivant les prévisions établies depuis 1904, un hôpital auxiliaire installé dans les locaux de l'école de filles située 92 et 94, avenue du Roule.

Cet hôpital qui comptait 80 lits de grande chirurgie, pour 28 infirmières et auxiliaires de la Société d'assistance, fonctionna avec activité. Au 1er juin 1917, il avait déjà à son actif près de 48.000 journées d'hospitalisation.

HOPITAL AUXILIAIRE N° 301
Hôpital de Royaumont


Hôpital auxiliaire n° 301.

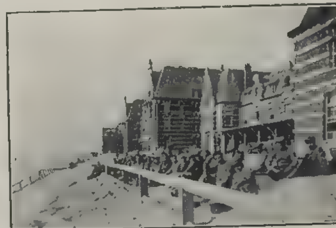
L'abbaye de Royaumont, par Asnières-sur-Oise, ayant été mise gracieusement à la disposition du Service de Santé par la famille Gouin, propriétaire de ce domaine, un hôpital chirurgical y fut organisé fin 1914, par une délégation de la Société Ecossaise de la Croix-Rouge (Scottish Women Hospital for Foreign Service), sous la dénomination d'hôpital 301, affilié à la Société française de secours aux blessés militaires.

Cette importante formation de grande chirurgie, qui comptait 300 lits, était entièrement dirigée, administrée et servie, depuis les besognes les plus modestes jusqu'aux œuvres techniques les plus compliquées, par des femmes d'un entier dévouement et de la plus grande distinction.

Miss Evens en était le chirurgien-chef; Miss Loudon, l'administratrice; Miss Duncan, l'infirmière-major.

1re RÉGION

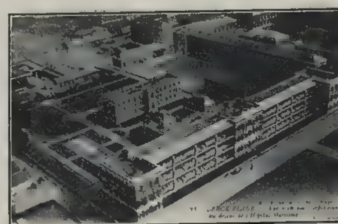
BERCK-PLAGE
Hôpital complémentaire n° 102


Berck-Plage, hôpital n° 102.
Vue de l'hôpital donnant sur la plage.

De nombreux hôpitaux, installés dans des cliniques, hôtels et villas de Berck, se groupèrent pour former le centre hospitalier de Berck.

Une de ces cliniques remarquablement exposée et organisée était celle du Dr Calot, appelée « Institut de Saint-François de Sales ». Le Service de Santé y installa un important hôpital destiné aux tuberculeux osseux et qui fonctionna depuis décembre 1915 sous le nom d'Hôpital complémentaire n° 102.

BERCK-PLAGE. Hôpital bénévole n° 21 bis
Hôpital maritime


Berck-Plage, hôpital bénévole n° 21 bis.

Berck-Plage fut, pendant la guerre, un centre hospitalier important consacré au traitement chirurgical et marin des tuberculoses osseuses.

Le bel hôpital maritime, créé par l'Assistance publique de Paris pour les enfants atteints de tuberculose externe, mit une de ses ailes, dite le « nouvel hôpital », à la disposition du Service de Santé.

Cette formation fonctionna comme hôpital bénévole pourvu de 400 lits et reçut le service central de physiothérapie dirigé par le Dr J. Calvé.

CALAIS. Hôpital auxiliaire n° 27


Calais, hôpital auxiliaire n° 27.

Organisé par la Société de secours aux blessés militaires, dans le collège Saint-Pierre et dans la clinique du Dr Leplat, servant d'annexe, cet hôpital fonctionna sans arrêt depuis octobre 1914, sous la direction de Mme Foissey, présidente du Comité, et de Mlle d'Or, secrétaire gestionnaire.

127 lits étaient réservés aux blessés et aux malades.

DUNKERQUE
Hôpital bénévole n° 32 bis


Rosendaël, hôpital n° 32 bis. Vue d'ensemble.

Dès le début des hostilités l'administration civile des hôpitaux de Dunkerque a mis à la disposition du Service de Santé ses beaux établissements de Rosendaël. L'hôpital civil de Rosendaël a constitué, à lui seul, l'hôpital bénévole n° 32 *bis*, importante formation

de 337 lits comprenant des services de grande chirurgie, de mécecine, de contagieux et de malades mentaux Près de 17.000 malades et blessés y ont été hospitalisés.

LE TOUQUET-PARIS-PLAGE
Hôpital complémentaire n° 35



Le Touquet-Paris-Plage, hôpital complémentaire n° 35.

Installé depuis novembre 1914 dans les locaux de l'hôtel de l'Hermitage, avec une annexe située dans l'hôtel Savoy, cet hôpital superbe fut une des plus importantes formations de la région du Nord. Il ne comptait pas moins, en effet, de dix divisions, soit au total 1.010 lits de grande et petite chirurgie. Il fonctionna jusqu'en février 1919.

2e RÉGION

ANGICOURT (Oise)
Hôpital complémentaire n° 104



Villemin, d'Angicourt, galerie du rez-de-chaussée, hôpital complémentaire n° 104.

Le sanatorium Villemin, que l'Assistance publique de Paris a créé à Angicourt, fut mis gratuitement par cette administration à la disposition du Service de Santé qui y traita les militaires tuberculeux. 256 lits étaient organisés dans ce bel établissement qui fonctionna du 15 décembre 1915 au 30 mars 1918, hospitalisant 1.533 malades. Une bibliothèque, des salles de jeux et de théâtre, un vaste jardin potager entretenu par les convalescents complétaient l'excellente installation des services.

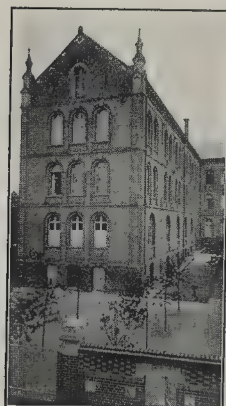
BEAUVAIS. Hôpital complémentaire n° 11
Lycée Jeanne-Hachette.



Beauvais, hôpital complémentaire n° 11.

Installé dans le lycée de jeunes filles Jeanne-Hachette et dans l'École normale d'institutrices, cet hôpital était une des plus belles formations chirurgicales de Beauvais, avec l'hôpital du lycée Félix-Faure.

Il a fonctionné du 5 août 1914 à octobre 1918, avec 280, puis, plus tard, 370 lits réservés aux blessés relevant de la chirurgie générale et de la chirurgie oculaire.



Breteuil-sur-Noye, hôpital complémentaire n° 114. École municipale.

BRETEUIL-sur-NOYE
Hôpital complémentaire n° 114

Ambulance d'étapes jusqu'au 1er avril 1917, cette formation fonctionna ensuite comme hôpital complémentaire avec une capacité de 530 lits. L'hôpital de Breteuil, comprenait cinq immeubles de cette petite ville, dont l'école municipale de filles constituait le bâtiment central.

Il hospitalisait, dans ses quatre divisions, des malades et des petits blessés.

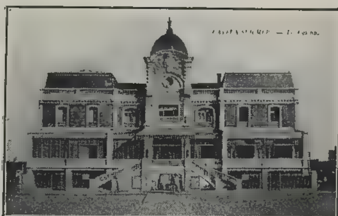
AMIENS, Hôpital complémentaire n° 10



Amiens, hôpital complémentaire n° 20.

Organisé dans le couvent de St-Acheul, chaussée Périgord, avec 530 lits, cet hôpital a fonctionné durant toute la guerre. Il était réservé aux contagieux et comptait parmi ses services, un service de dermatologie, un de tuberculeux et de malades suspects de tuberculose.

CAYEUX-SUR-MER. Hôpital complémentaire 70



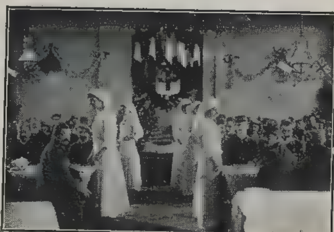
Cayeux-sur-Mer, hôpital complémentaire 70.

L'hôpital n° 70, de Cayeux-sur-Mer, fut ouvert le 25 février 1915. Il se composait de trois établissements : le Kursal, le Casino, la villa Notre-Dame, tous trois situés sur la plage. 210 lits réservés à la médecine et à la chirurgie générales étaient organisés dans cette formation qui hospitalisa plus de 2.000 malades et blessés.

Les docteurs Lux et Broquet en furent les médecins-chefs.

3e RÉGION

CAEN. Hôpital auxiliaire n° 102.



Caen, hôpital auxiliaire n° 102.

Organisé par les soins de l'U. F. F. dans les locaux de l'École normale d'instituteurs, cet hôpital ouvrit ses portes le 8 août 1914 pour ne les fermer que le 31 décembre 1918. 300 lits étaient installés dans cette formation, dirigée par Mme Moutier, présidente du Comité et infirmière-major, ainsi que par le Dr Moutier, médecin-chef.

L'hôpital 102 comprenait un service de chirurgie générale et un service d'oto-rhino-laryngologie. Grâce à sa belle activité, plus de 7.000 blessés y furent hospitalisés.

FÉCAMP. Hôpital auxiliaire n° 34



Fécamp, hôpital auxiliaire n° 34.

Le Comité du Havre de la S. B. M. organisa en octobre 1914 ce somptueux hôpital auxiliaire dans le musée de la distillerie de la Bénédictine, mis à sa disposition par M. Le Grand, directeur général de cet établissement. 100 lits de chirurgie répartis en cinq salles purent ainsi être installés dans des conditions de confort remarquables.

L'hôpital 104, dirigé par Mmes Marcelle Saint-Pierre Le Grand, fonctionna durant toute la guerre, hospitalisant plus de 3.000 blessés ou malades.

GRANVILLE. Le Foyer du Soldat

« Le Foyer du Soldat », créé à Granville le 23 avril 1917, sur l'initiative active de Mme Maunoury, rendit de précieux services aux militaires tenant garnison ou de passage dans cette place.

Grâce aux dons généreux recueillis à domicile par des dames quêteuses de la ville et à des subventions du département et de l'État, cette œuvre si utile et judicieusement administrée put offrir aux blessés convalescents ou permissionnaires un asile agréable pourvu de jeux, de moyens de lecture et de distraction, de consommations hygiéniques, qui fut particulièrement apprécié de nos soldats.

ROUEN. Hôpital auxiliaire n° 103

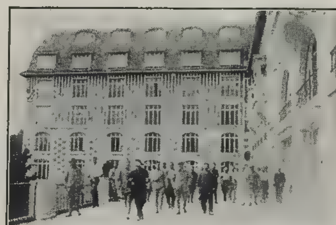


Rouen, hôpital auxiliaire n° 103. Salle de prothèse maxillo-faciale.

Ouvert le 23 août 1914 sous les auspices de l'Union des Femmes de France l'hôpital 103 occupait les vastes locaux, de l'École normale d'instituteurs, rue Saint-Julien. Il a fonctionné jusqu'au 1er février 1919, sous la direction de Mme Louvet, directrice gestionnaire, assurant près de 7.000 hospitalisations.

Cette belle formation de 490 lits comprenait des services de médecine, de grande chirurgie, d'urologie, et depuis octobre 1916, un important service de restauration maxillo-faciale dirigé par les Drs Gernez et Lemière.

TROUVILLE-DEAUVILLE
Hôpital complémentaire n° 31



Trouville-Deauville, hôpital complémentaire n° 31.

L'hôpital complémentaire 31 a été organisé par les soins du Service de Santé, à Deauville (Calvados), dans les locaux du Royal-Hôtel et dans le Cercle de Deauville. Ouvert le 11 août 1914 avec 300 lits cet hôpital en comptait 602 lorsqu'il fut fermé le 1er novembre 1917. Il avait hospitalisé à cette date plus de 7.000 blessés.

L'hôpital 31 fut un important centre chirurgical de la 3e région. MM. Legrain, Sottas et Cavalier-Benezet en furent successivement médecins-chefs.

VERNEUIL-SUR-AVRE
Hôpital complémentaire n° 33



Verneuil-sur-Avre, hôpital complémentaire n° 33.

L'hôpital 33 fut organisé en août 1914 dans les locaux de l'École moderne, aux Roches, près Verneuil.

Il comprenait quatre pavillons réservés aux blessés et malades : les pavillons du Vallon, du Côteau-Sablons, des Classes et des Pins, ainsi que des annexes destinées au services généraux.

Cette formation eut un fonctionnement très actif. Ses services de médecine et de chirurgie comptèrent, en 1916, jusqu'à 700 lits.

VERNON. Hôpital auxiliaire n° 4



Vernon, hôpital auxiliaire n° 4.

Installé par les soins de la Société de secours aux blessés militaires dans le beau château de Bizy mis à la disposition du Comité de Vernon par son propriétaire, le marquis d'Albufera, l'hôpital n° 4 fonctionna avec ses 85 lits de chirurgie, jusqu'en décembre 1919. Il hospitalisa plus de 1.300 blessés, qui trouvèrent dans cette formation l'organisation la plus confortable et les soins dévoués de quinze infirmières bénévoles.

VERNON
Hôpital auxiliaire n° 204


Vernon, hôpital auxiliaire n° 204.

Le Comité de Vernon de l'Association des Dames Françaises, présidé par Mme Steiner, organisa dès les premiers jours d'août 1914, dans le château des Pénitents, gracieusement offert par ses propriétaires, M. et Mme Choque, un bel hôpital de 51 lits qui ne devait fermer ses portes qu'après l'armistice, en décembre 1918.

961 malades et blessés y ont été hospitalisés.

Administrateur : M. Ricois. Médecins-chefs : les docteurs Mayaud, Barbier, Ablaire. Chirurgien : Dr Mercadé.

4e RÉGION

CHATEAUDUN
Hôpital auxiliaire n° 105


Châteaudun, hôpital auxiliaire n° 105.

L'hôpital 105 a été installé dans les locaux de l'école communale de garçons par les soins du Comité de l'Union des Femmes de France de Châteaudun. Prêt à fonctionner dès le 9e jour de la mobilisation, il reçut ses premiers blessés le 30 août 1914.

Cette formation comptait 50 lits réservés aux malades et aux blessés; elle a fonctionné activement sous la direction successive de Mmes Texier et Cosnard.

LE MANS
Hôpital complémentaire n° 20


Le Mans, hôpital complémentaire n° 20.

Installé dans les locaux de l'institution Saint-Louis, 39, rue d'Auvray, cet hôpital a reçu des blessés depuis le 24 août 1914. Du 1er mars 1915 au 15 septembre 1916, l'hôpital 20 est devenu le centre orthopédique de la 4e région. Il a repris par la suite son affectation d'hôpital de grande chirurgie, pourvu de 105 lits, puis de 205 lits, lorsque lui fut rattachée en 1916 l'annexe du Pré.

SOLESMES
Hôpital complémentaire n° 38


Solesmes, hôpital complémentaire n° 38.

L'hôpital 38 était installé dans la magnifique abbaye des bénédictines de Solesmes (Sarthe) mise gracieusement à la disposition du Service de Santé par son propriétaire, le marquis de Juigné. Une formation sanitaire de 392 lits y fut organisée et réservée à la grande chirurgie. Voisinant avec l'hôpital sanitaire de 200 lits installé dans une autre partie de l'abbaye, l'hôpital 38 fut, plus tard, spécialisé dans la chirurgie osseuse et le traitement chirurgical des tuberculoses externes.

LAVAL
Hôpital auxiliaire n° 19


Laval, hôpital auxiliaire n° 19.

Ouvert le 17 août 1914 et desservi par le Comité de Laval de la S. B. M. l'hôpital 19 occupait une partie des locaux du collège libre de l'Immaculée-Conception, 15, rue Grossardière. Formation chirurgicale de premier ordre, cet hôpital était réservé aux grands blessés et disposait de 80 lits.

SABLÉ
Hôpital complémentaire n° 40


Sablé, hôpital complémentaire n° 40.

L'hôpital 40 a été installé en janvier 1915 dans le vaste château de Sablé appartenant à M. Le Cornu et situé au milieu d'un beau parc.

Cette importante formation de grande chirurgie comptait 202 lits. Elle était organisée avec un confort parfait et dotée d'un grand potager mis en culture par les convalescents.

5e RÉGION

AUXERRE
Hôpital auxiliaire n° 107


Auxerre, hôpital auxiliaire n° 107. Cour d'honneur.

Le Comité d'Auxerre de l'Union des Femmes de France a organisé pendant la guerre un bel hôpital auxiliaire dans les locaux de l'École normale d'institutrices, rue des Moreaux.

Cette formation a fonctionné du 13 septembre 1914 au 12 décembre 1917, recevant les malades directement évacués des armées et constituant le centre d'observation et de traitement du 3e puis du 4e secteur médical.

Dotée de 100 lits, à l'ouverture, elle en comptait 181 à la fin de 1916.

Médecin-chef : Dr Laubry. Administrateur : M. Ythier.

BOIS-LE-ROI
Hôpital bénévole n° 52 ter

Organisé dans la villa « Les Fontenys », gracieusement offerte par les héritiers Daucher. A fonctionné avec 40 lits, du 15 novembre 1915 au 2 octobre 1917, utilisant le concours pécuniaire généreux des habitants de Bois-le-Roi.

Cette formation, dévolue au traitement des blessés légers, a hospitalisé 213 malades et blessés.

Administrateur : M. H. Ruteau. Présidente du Comité : Mme H. Ruteau.

FONTAINEBLEAU. Hôpital auxiliaire n° 8


Fontainebleau, hôpital auxiliaire n° 8.

Fondé par la Société de secours aux blessés militaires et ouvert le 5 octobre 1914, cet hôpital chirurgical de 115 lits était installé, partie dans la belle villa offerte par M. A. Stucken, rue Royale, partie dans l'ancien orphelinat de la Charité.

Infirmières-majors : Mlle de Bonneval, sœur Germaine. Administrateur : M. P. Tavernier. Médecins-chefs : Drs Rollin, Grojean, Curie.

HÉRICY-SUR-SEINE
Hôpital auxiliaire n° 17


Héricy-sur-Seine, hôpital auxiliaire n° 17. Électrothérapie.

L'hôpital auxiliaire n° 17 a des débuts modestes. Il a commencé à fonctionner dès le 29 août 1914, en recevant les blessés graves débarqués sur les quais de la gare d'Héricy.

Grâce au dévouement et à l'intelligente activité de son Comité, présidé par Mme la générale Cornille, cette formation, installée dans un orphelinat désaffecté, vit sa capacité s'étendre de 45 à 100, puis à 140 lits, en même temps que se développait un service de mécanothérapie et de massothérapie qui a rendu aux blessés convalescents les plus grands services.

VILLEBLEVIN
Hôpital complémentaire n° 51


Villeblevin, hôpital complémentaire n° 51.

La Caisse des écoles du 12e arrondissement de Paris, propriétaire de deux immeubles sis à Villeblevin (Yonne), a mis, en novembre 1914, ces locaux à la disposition du Service de Santé qui y a établi l'hôpital complémentaire, en y adjoignant six maisons voisines.

Ainsi a été constitué, dans cette commune de 700 habitants, un important hôpital de 303 lits dévolu à la médecine générale et, en particulier, au traitement des paludéens.


Montargis, hôpital temporaire n° 2.

MONTARGIS
Hôpital temporaire n° 2

Ouvert au début de la guerre, au « Château » de Montargis, cet hôpital de grande et moyenne chirurgie a fonctionné jusqu'à la fin des hostilités. 180 lits. Médecins-chefs : MM. Souplet, Durey-Comte, Dufour, Faivre d'Arcier. Pharmaciens : MM. Sourdillat, Géry. Officiers d'administration gestionnaires : MM. Delagneau, Jean-Lorris, Bolender.

MONTARGIS
Hôpital temporaire n° 22


Montargis hôpital temporaire n° 22.

Cette formation installée dès septembre 1914, grâce au dévouement patriotique de civils, dans les locaux du collège de Montargis, a fonctionné jusqu'à la fin de la guerre. Il recevait les moyens et petits blessés français et coloniaux ainsi que les blessés et malades ennemis.

Il comptait 150 lits.

Les médecins-chefs en furent successivement MM. les docteurs Bralant, Bertrand, Faivre d'Arcier, Rogier, Goizet. Pharmaciens : MM. Bracquemond, Chrétien. Officiers d'administration gestionnaires : MM. Cornu, Quillet, Gauron.

HOPITAL CIVIL DE VILLENEUVE-SUR-YONNE


Villeneuve-sur-Yonne, hôpital civil.

L'hôpital civil de Villeneuve-sur-Yonne, a mis à la disposition du Service de Santé un beau pavillon de chirurgie comprenant 32 lits, avec services généraux. Ouverte le 29 septembre 1914, cette formation a hospitalisé, jusqu'au 25 juillet 1917, 325 malades ou blessés

6e RÉGION

BAR-LE-DUC
Hôpital complémentaire n° 27

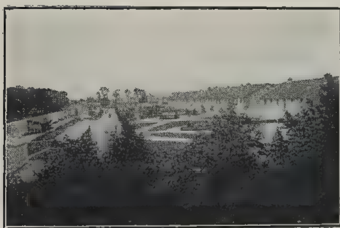

Bar-le-Duc, hôpital du lycée. Une salle.

Important hôpital de la zone des armées organisé dans les locaux du Lycée de garçons.

Il comptait 114 lits affectés au service de grande chirurgie.

Les docteurs Chabaud, Pasteau, Fistié en ont été successivement médecins-chefs.

CHALONS-SUR-MARNE
Hôpital Février


Châlons-sur-Marne, hôpital complémentaire n° 19. Cour sud, jardins.

Organisée dans la caserne Février sous le nom d'hôpital complémentaire 19, cette grande formation fonctionna du 1er novembre 1914 au 7 novembre 1918.

Composée d'abord de 750 lits, sa capacité fut portée plus tard à 1.045 lits.

Cet hôpital était surtout consacré au traitement des maladies contagieuses, notamment de la fièvre typhoïde. Des services de neurologie et de psychiâtrie y furent aussi créés en 1916.

REIMS
Hôpital complémentaire n° 5


Reims, hôpital complémentaire n° 5.

Cet hôpital était installé rue de Courlancy, dans la clinique du Dr Mencière ; il a été ouvert le 15 août 1914. C'était une formation chirurgicale destinée au traitement des grands blessés et qui comptait 130 lits. Son fonctionnement rencontra néanmoins de nombreuses difficultés en raison de sa proximité de la ligne de feu qui lui valut de fréquents bombardements.

Son gestionnaire, l'officier d'administration Mareschal y fut tué le 26 novembre 1914.

Les Drs Mencière, Lardennois, Favier, Fistié, Clerget en furent successivement médecins-chefs.

7e RÉGION

BESANÇON
Hôpital du Petit-Lycée


Besançon, hôpital du Petit-Lycée.

Le Lycée Victor-Hugo abrita, du 30 septembre 1914 au 11 septembre 1916, un hôpital chirurgical qui fonctionna comme annexe de l'hôpital complémentaire n° 6.

Il compta 203, puis 180 lits de grande chirurgie. 90 lits étaient spécialement affectés aux amputés. Plus de 2.000 blessés y furent hospitalisés.

Médecins-chefs : Drs Gay et Picard.

BESANÇON
Hôpital complémentaire n° 4


Besançon, hôpital complémentaire n° 4. Cour et allée centrale.

Organisée dans la caserne de La Butte, en dehors de la ville, cette belle formation a été ouverte le 20 août 1914. Constituée par 17 pavillons isolés pourvus chacun de deux salles, elle se prêtait admirablement à la destination qui lui fut donnée d'hôpital pour contagieux.

L'hôpital 4, ouvert avec 250 lits, en compta plus tard 430, puis 540, et devint le Service central de médecine de Besançon.

Médecin-chef : Dr Tremolières, chef du 1er secteur médical.

BESANÇON
Hôpital complémentaire n° 8


Besançon, hôpital complémentaire n° 8. Salle de mécanothérapie.

Cet hôpital, ouvert le 23 août 1914, était installé dans les locaux du Casino de La Mouillère, propriété des bains salins de La Mouillère. Il comprenait 310 lits.

Après avoir possédé en 1916 un service de neurologie, il fut définitivement spécialisé par la suite dans le traitement physiothérapique des suites de blessures de guerre.

Il constituait à ce point de vue un établissement de premier ordre, pourvu de tout l'appareillage nécessaire et doté d'une importante section d'hydrothérapie, créée par le Dr Testevuide.

BESANÇON
Hôpital auxiliaire n° 2


Besançon, hôpital auxiliaire n° 2 (Saint-Jean).

La Société de Secours aux blessés militaires a organisé dès le 2 août 1914, dans l'ancien collège des Frères de Marie, un hôpital qui fonctionna jusqu'au 7 septembre 1916 sous le nom d'hôpital Saint-Jean ou hôpital auxiliaire n° 2.

130 lits de médecine et de chirurgie y furent créés, hospitalisant en deux ans plus de 1.200 malades et grands blessés.

Directrice : Mme Levrey. Infirmières-majors : sœur Germaine, Mlles Lebon et Richard. Administrateurs : MM. Louvot et de Lachaise. Médecin-chef : Dr Saint-Martin.

BOURG
Hôpital complémentaire n° 18


Bourg, hôpital complémentaire n° 18.

Installé dans les nouvelles casernes de la Charité, cet important hôpital fut ouvert le 25 octobre 1914 et fonctionna jusqu'au 4 novembre 1918, hospitalisant durant cette période plus de 35.000 malades et blessés.

Il comprit tour à tour des services de physiothérapie, de dermato-vénériologie, d'oto-rhino-laryngologie, de contagieux, occupant 500 lits, avec un centre spécial de réforme qui y fonctionna jusqu'à la fermeture de la formation.

Médecin-chef : Dr Morand.

DOLE
Dépôt de convalescents


Hôpital de Dôle. Dépôt de convalescents.

L'hôpital-dépôt de convalescents de Dôle a été ouvert le 17 septembre 1914 dans les locaux de l'école maternelle, de l'école primaire de jeunes filles et de l'école libre Pasteur.

Cet établissement de 220 lits recevait les convalescents évacués de la zone des armées et des hôpitaux de la 7e région. Il put ainsi hospitaliser 15.700 convalescents jusqu'au 30 juin 1916, date à laquelle il fut transformé en hôpital complémentaire.

GEX
Hôpital auxiliaire n° 214


Gex, hôpital auxiliaire n° 214. Vue d'ensemble prise du parc côté sud, à l'arrière-plan monts du Jura, la Faucille.

L'hôpital 214 a été fondé par l'Association des Dames Françaises (Comité de Genève) dans le château de Prébailly, appartenant au comte Potolucki et admirablement situé, au milieu d'un grand parc, au pied de la Faucille.

Cette formation chirurgicale, qui comptait 50 lits, a fourni plus de 10.700 journées d'hospitalisation jusqu'au 5 janvier 1918, date de sa fermeture.

Administrateurs : M. Pascal d'Aix, consul général de France à Genève, et Mme Riser. Médecin-chef : Dr Georgeoliani. Chirurgien : Dr Patry.

HÉRICOURT
Hôpital complémentaire n° 21


Héricourt, hôpital complémentaire n° 21. Pavillon de médecine générale.

Une importante formation de 1.200 lits fut organisée pendant la guerre dans les locaux modernes et bien aménagés de la caserne du 47e d'artillerie.

D'abord placé sous le commandement de la 7e armée, cet hôpital fut passé au Service de Santé des étapes en octobre 1915 et transformé en hôpital complémentaire.

Il comprenait un service de contagieux (300 lits), de médecine générale (300 lits), de gazés (100 lits), de chirurgie (500 lits).



LA SALLE 3 AU GRAND PALAIS

Tableau de M. Paul PRÉVÔT, de la 22e Section d'Infirmiers Militaires.

(Prix et Médaille du Salon des Artistes français.)



JUJURIEUX (Ain)
Hôpital auxiliaire n° 17


Jujurieux, hôpital auxiliaire n° 17. Une salle commune.

Organisé par la S. B. M. dans l'usine C.-J. Bonnet, offerte par les familles Richard et Cottin, l'hôpital auxiliaire n° 17, qui avait déjà été ouvert en 1870, sur la demande de M. de Valence, secrétaire de la Société, fonctionna de nouveau dès le mois d'août 1914.

Il comprenait 100 lits.

L'administrateur en fut M. J. Richard; le médecin-chef, le Dr Millet

LUXEUIL
Hôpital complémentaire n° 40


Luxeuil, hôpital complémentaire n° 40.

Ouvert le 2 janvier 1916 dans les hôtels de la Société fermière des eaux minérales de Luxeuil et affecté aux petits malades et blessés, cet hôpital fonctionna avec 520 lits répartis dans les hôtels Métropole, des Thermes et du Parc, ainsi que dans le Casino.

Placé aux arrières de l'armée, l'hôpital n° 40 permettait de récupérer un grand nombre d'évacués pour affections et blessures légères. Il hospitalisait une moyenne de 600 militaires par mois.

POLIGNY (Jura)
Hôpital auxiliaire n° 204


Poligny, hôpital auxiliaire n 204.

Fondé par le Comité de Poligny de l'Association des Dames Françaises, l'hôpital 204 s'est installé dès le 3 août 1914 dans le collège municipal de Poligny et y a fonctionné avec 50 lits jusqu'au 28 août 1916. 450 malades y ont été traités.

Présidente du Conseil d'administration : Mme Martin. Administrateur : M. Gandy. Médecins-chefs : Drs Malinas, Billot, Légerot.

SALINS
Hôpital annexe Saint-Charles


Hôpital complémentaire n° 42. Annexe Saint-Charles. Vue intérieure d'une salle.

L'école libre Saint-Charles, à Salins, fut transformée en hôpital le 22 janvier 1917 pour recevoir un service de neurologie.

Il comportait 200 lits et constituait une annexe de l'hôpital complémentaire n° 42 installé au fort Saint-André. La station neurologique de Salins fut un centre de premier ordre dévolu aux expertises et au traitement des lésions nerveuses chez nos soldats.

VAUX-SUR-POLIGNY (Jura)
Hôpital complémentaire n° 22


Vaux-sur-Poligny, hôpital complémentaire n° 22.

Belle station climatérique située à 416 mètres d'altitude, Vaux-sur-Poligny dut à ses avantages naturels de recevoir pendant la guerre un hôpital chirurgical de 300 lits qui fut ouvert seulement en août 1916. Les blessés trouvèrent, dans cette formation organisée dans l'ancien séminaire, non seulement une installation chirurgicale parfaite, mais une cure d'air des plus bienfaisantes.

8e RÉGION

BEAUNE
Hôpital complémentaire n° 12


Beaune, hôpital complémentaire n° 12. Collège Monge.

L'hôpital 12, de Beaune, occupait une partie des locaux du collège municipal et de l'école communale de garçons.

Il fonctionna du 27 août 1914 au 20 décembre 1918. Quelques immeubles lui furent adjoints comme annexes, en particulier la maison de M. le sénateur Chauveau, à Pouilly.

Cet hôpital comptait en tout 240 lits réservés à la médecine générale, aux contagieux, à la petite chirurgie.

Il hospitalisa, durant la guerre, 3.500 blessés et malades.

BEAUNE
Hôpital auxiliaire n° 205

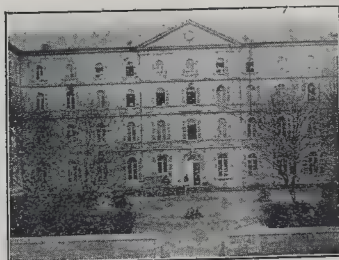

Beaune, hôpital auxiliaire n° 205. Ecole libre, rue des Tonneliers.

Organisé, à la mobilisation, par l'Association des Dames Françaises, dans une école libre de filles, rue des Tonneliers. Ouvert le 10 août 1914. Fermé le 20 janvier 1919.

Cet hôpital comprenait 57 lits de petite chirurgie et de médecine générale.

Médecin-chef : Dr Henri Ozanon. Administrateur : M. Goussery. Gestionnaire : M. Collin-Mairet.

BOURGES
Hôpital complémentaire n° 100


Bourges, hôpital complémentaire n° 100. Centre dermatologique.

Cet hôpital important fut créé, dès la mobilisation, par le Service de Santé, dans les locaux du Sacré-Cœur, propriété de l'Etat, servant d'école primaire supérieure de garçons. Il ne fut fermé qu'en juin 1919, après avoir hospitalisé plus de 11.000 malades et blessés.

L'hôpital 100 comprenait 430 lits, répartis en plusieurs services de médecine et de grande chirurgie.

Un centre dermatologique, dirigé par le Dr Debat, y fut aussi installé.

9e RÉGION

AMBOISE
Hôpital auxiliaire n° 13


Amboise, hôpital auxiliaire n° 13. Façades.

La Société de secours aux blessés militaires a organisé l'hôpital 13 dans les parties disponibles du château d'Amboise, offertes par l'administration de ce monument historique. Cette formation de 65 lits, réservée aux malades et aux blessés, fonctionna depuis le début de la guerre, sous les auspices de M. Du Saussay, délégué régional.

Présidente du Comité des Dames: Mme de Saint-Brics.

Administrateur : M. de Geyer d'Orth.

ANGERS
Hôpital auxiliaire n° 11


Angers, hôpital auxiliaire n° 11. Salle des sous-officiers.

Fondé par la S. B. M., dans les locaux du pensionnat Jeanne-d'Arc, cet hôpital fut ouvert dès le 21 août 1914.

Il comptait 150 lits de grande chirurgie et hospitalisa 1.770 grands blessés.

Administrateurs : M. P. Girard, puis M. G. Levesque.

Infirmière-major, surveillante générale : Mlle Meauzé

Médecins-chefs : Drs Brin, Barnsby, Belgrand, Lapeyre.

CHATEAUROUX
Hôpital auxiliaire n° 7


Châteauroux, hôpital auxiliaire n° 7. Façade principale.

Importante formation chirurgicale créée par la S.B.M. dans l'hôtel de la Division, avec trois annexes situées à Ardentes, Mâron et Valençay.

L'hôpital n° 7 comptait au total 132 lits répartis en services de grande et de petite chirurgie.

Présidents du Comité : Mme C. Balsan, M. B. de Bonneval.

Administrateur : M. H. de Forges.

Infirmières-majors : sœur Agathe-Marie, Mme de La Selle.

CHENONCEAUX
Hôpital complémentaire n° 36


Chenonceaux, hôpital complémentaire n° 36. Salle de pansements.

Grâce à d'importants et coûteux aménagements dont il prit la charge, M. G. Menier, sénateur, put offrir au Service de Santé et entretenir un hôpital de 120 lits dans le beau château de Chenonceaux.

L'activité de cette formation chirurgicale de 1re catégorie, dévolue au traitement des grands blessés, fut considérable.

Au personnel militaire de cet hôpital complémentaire était joint un personnel civil, dont Mme G. Menier, de la S. B. M., aidée de plusieurs dames infirmières des trois Sociétés de secours, assura la direction générale

CHATELLERAULT
Hôpital auxiliaire n° 14



Châtellerault, hôpital auxiliaire n° 14. La cour.

Ouvert par la S. B. M. et installé dans l'école privée de jeunes filles de la rue Sully, l'hôpital n° 14 fonctionna comme hôpital chirurgical de 1re catégorie pourvu de 75 lits pour grands blessés.

Présidents du Comité : Mme Auboyer, M. Creuze.
Administrateur : M. Papillault.
Infirmière-major : Mme Richard (sœur Esther).
Médecin-chef : Dr Oriblard.

NIORT
Hôpital complémentaire n° 4



Niort, hôpital complémentaire n° 4. Salle de malades.

L'hôpital complémentaire n° 4 a été fondé en août 1914 et installé dans les vastes locaux du lycée de garçons (lycée Fontanes). Cette formation compta 536 lits. Admirablement installée dans des pavillons bien aérés, séparés par de grands jardins, pourvue de services généraux et chirurgicaux perfectionnés, elle recevait dans ses divers services des malades et des blessés.

POITIERS
Hôpital auxiliaire n° 4



Poitiers, hôpital auxiliaire n° 4. Un dortoir.

Créé le 22 août 1914 par la S.B.M. et organisé dans l'école libre Saint-Stanislas, rue du Pont-Neuf, cet hôpital constituait une formation chirurgicale de 1re catégorie, dévolue au traitement des grands blessés et comptant 125 lits.

Présidents du Comité : Mme de la Ménardière, M. L. Ginot.
Administrateurs : M. de Ferry, M. L. Bodin.
Infirmières-majors : Mlles Robin et Chesnay.
Médecin-chef : Dr Lusseau.

SAUMUR
Hôpital auxiliaire n° 6



Saumur, hôpital auxiliaire n° 6. Vue extérieure.

L'hôpital auxiliaire n° 6 de la Société de secours aux blessés militaires, était une des plus importantes formations de Saumur. Organisée au début dans l'institution libre Saint-Louis avec 66 lits, elle vit, en effet, sa capacité atteindre progressivement 425 lits, grâce à la création de huit annexes. Ses nombreux services hospitalisaient des blessés et des malades.

Présidents du Comité : Mme Renou, M. de Massacré.
Administrateur : M. Anis.
Médecin-chef : Dr Perreau.

TOURS
Hôpital complémentaire n° 2



Tours, hôpital complémentaire n° 2. Salle de radiologie.

L'hôpital complémentaire n° 2, organisé par le Service de Santé dans les vastes locaux du lycée Descartes au mois d'août 1914, est devenu une des formations les plus importantes de la 9e région. Accrue des centres de neurologie, de radiologie, d'électrothérapie, de chirurgie orthopédique, de mécanothérapie, qui vinrent compléter sa belle installation de grande chirurgie, elle atteignit en 1916 le total de 490 lits

L'hôpital du lycée Descartes a été fermé le 13 mai 1919, après avoir hospitalisé 15.940 blessés et malades.

TOURS
Hôpital complémentaire n° 3



Tours, hôpital complémentaire n° 3. Salle Velpeau.

Installé dans les locaux de l'école primaire supérieure de jeunes filles située rue des Ursulines, cet hôpital, qui compta quelque temps comme annexe la caserne neuve de Joué-lès-Tours, fut pourvu de 318 lits. C'était une belle formation, complétée par des baraquements et qui comprenait trois services importants : un service de médecine générale, un service de chirurgie et un service de dermatologie.

TOURS
Hôpital auxiliaire n° 2



Tours, hôpital auxiliaire n° 2. Façade.

La Société de secours aux blessés militaires organisa dans le couvent de la Grande-Bretèche, situé dans le faubourg de Saint-Symphorien, un hôpital auxiliaire qui recevait des blessés dès le 8 août 1914. Augmentée de douze annexes, cette formation devint une des plus importantes de Tours, comptant 480 lits, presque tous affectés à des services de grande et de petite chirurgie.

Administrateur : M. Bruzon.
Médecin-chef : Dr Mornard.
Infirmière-major : Mlle Simon.

TOURS
Hôpital auxiliaire n° 10



Tours, hôpital auxiliaire n° 10. Une des salles.

Cet hôpital a été installé par la S. B. M dans la maison de santé dite clinique Saint-Gatien, 12, rue Jules-Moineaux.

C'était une formation de grande chirurgie aménagée de la façon la plus confortable et contenant 110 lits pour grands blessés.

L'administrateur en fut M. de Marsilly.

10e RÉGION

DINAN
Établissement de convalescents « Le Belvédère »



Dinan, établissement de convalescents « Le Belvédère ».

Mme Argyll Robertson fonda et entretint généreusement pendant la guerre une maison de convalescence, pour les militaires, malades et blessés, organisée dans la belle villa « Le Belvédère ». Grands blessés convalescents et réformés trouvèrent dans cet établissement le plus grand confort et les meilleurs soins.

La directrice du Belvédère était Mme Pérot, qui fut aussi fondatrice et directrice de l'hôpital Chateaubriand.

PARAMÉ
Hôpital auxiliaire n° 4



Paramé, hôpital auxiliaire n° 4.

Fondé sous les auspices de la Société de secours aux blessés militaires, l'hôpital auxiliaire n° 4, de Paramé, fut organisé dès le début des hostilités dans le couvent Notre-Dame-des-Chênes, asile de vieillards.

Il compta 63, puis 100 lits affectés aux blessés. Plus de 2.000 grands blessés y ont été hospitalisés.

Le Dr Page en fut le médecin-chef et le chirurgien. Au concours des organisateurs et des infirmières bénévoles de cette formation, se joignit celui de la population de Paramé, ainsi que le généreux apport du « Service des dons américains » et du Comité de la Croix-Rouge de Londres.

PARAMÉ
Hôpital auxiliaire n° 114



Paramé, hôpital auxiliaire n° 114.

Ouverte le 22 septembre 1914 sous l'appellation primitive d'hôpital n° 701, cette formation, fondée par l'Union des Femmes de France, fonctionna comme hôpital chirurgical et fut fermée en décembre 1918, après avoir hospitalisé 2.627 militaires.

Elle était installée dans le Casino municipal de Paramé.

A partir du mois d'avril 1917, l'hôpital n° 114 fut affecté au traitement des soldats russes évacués du front français.

Mme Revillod, Mme la générale Boë en furent directrices ; MM. Bourges et Gonet, administrateurs.

RENNES
Hôpital auxiliaire n° 12



Rennes, hôpital auxiliaire n° 12.

Fondé par la S. B. M. dans le Grand-Séminaire situé hors de la ville, au milieu d'un beau parc, l'hôpital auxiliaire n° 12 fonctionna dès le mois d'août 1914 avec 75 lits qui furent portés ultérieurement à 148.

Cette formation reçut des petits blessés et des malades; quand elle ferma ses portes, en janvier 1918, elle avait admis plus de 4.000 soldats et fourni 150.000 journées d'hospitalisation.

Ces beaux résultats sont dus à l'activité et au dévouement de son personnel, notamment de son administrateur : M. Aulanier, de ses directrices : Mmes Bernéat, de Palip, Austant, et de ses infirmières bénévoles.

RENNES
Hôpital complémentaire n° 5



Rennes, hôpital complémentaire n° 5. Façade.

L'hôpital complémentaire 5 occupait, à Rennes, les vastes locaux de la Faculté des Lettres. 300 lits y étaient organisés.

Cette belle formation était le siège du centre de chirurgie maxillo-faciale de la Xe région, centre très actif qui recevait aussi de nombreux blessés de la face provenant de la XIe région.

6.427 blessés y furent hospitalisés.

Médecin-chef : Dr Sizaret.

Dr J. Rouget : chef du centre de chirurgie faciale.

SAINT-BRIEUC
Hôpital auxiliaire n° 3



Saint-Brieuc, hôpital auxiliaire n° 3.

La direction de l'École Saint-Charles ayant mis gracieusement à la disposition de la S. B. M. une partie de son bel immeuble, cette Société d'assistance y organisa, dès le mois d'août 1914, un important hôpital chirurgical de 130 lits qui fonctionna jusqu'en janvier 1918.

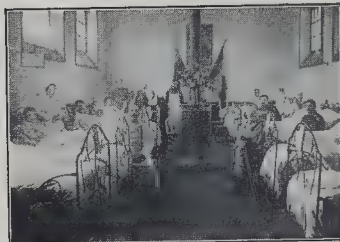
1.400 blessés y furent traités, fournissant près de 60.000 journées d'hospitalisation.

Administrateur : M. Harscouët.

Infirmière-major et surveillante générale : Mme la générale Bailly, puis Mlle G. de Geslin et Mlle Valérie Richard.

Médecin-chef : Dr Du Bois Saint-Sévrin.

SAINT-BRIEUC
Hôpital auxiliaire n° 14



Saint-Brieuc, hôpital auxiliaire n° 14. Une salle de blessés.

Ouvert en août 1914, sous les auspices de la S.B.M., l'hôpital auxiliaire 14, qui ne comptait à ses débuts que 25 lits, en possédait 100 en 1915.

L'hôpital auxiliaire n° 14 constituait une des meilleures formations du centre hospitalier de Saint-Brieuc. Il était installé dans le pensionnat de la Providence, rue des Casernes et disposait de tous les aménagements nécessaires à un hôpital municipal.

L'hôpital n° 14, était en effet réservé aux blessés et classé comme formation de petite clinique.

1380 blessés y furent admis jusqu'au 1er septembre 1918, date à laquelle il dut fermer ses portes. Il fournit en ces quatre années près de 62.000 journées d'hospitalisation.

Les administrateurs de cet hôpital furent MM. Groleau et Dugenet.

Infirmière-major, surveillante générale : sœur Saint-Cyrille.

Médecins-chefs : les Drs Keraudren, Bouguen et Tostivint.

Chirurgiens : Drs Chiffoliau et Pigaud.

SAINT-BRIEUC
Infirmerie de gare

Une très importante infirmerie de gare avait été créée, par la Société de secours aux blessés militaires, dans la gare de Saint-Brieuc, complétant ainsi heureusement les formations hospitalières fondées par cette Société dans la ville.

L'administrateur en était le commandant de Vallois; la surveillante générale, Mme Bougueréau-Botrel et le médecin-chef, le Dr Du Bois Saint-Sévrin.

On aura une idée de l'activité qu'a déployée cette œuvre, en considérant que la gare de Saint-Brieuc a évacué plus de 15.000 malades ou blessés et que l'infirmerie de gare a distribué 40.000 repas à nos soldats.

SAINT-BRIEUC
Hôpital auxiliaire n° 201



Saint-Brieuc, hôpital auxiliaire n° 201. Grande salle.

M. et Mme P. Pitet fondèrent dans leur usine du boulevard Laënnec, au mois d'août 1914, un bel hôpital chirurgical, affilié sous le n° 201 à l'Association des Dames Françaises. Mme Pitet conserva les fonctions d'infirmière-major, administratrice; le Dr Bouguen, celles de médecin-chef, avec le Dr Prigent comme chirurgien.

Cette formation de 65 lits hospitalisait des blessés. Elle organisa avec succès un traitement des séquelles de blessures de guerre par l'air chaud, puis devint plus tard un centre de traitement chirurgical des fistuleux osseux.

SAINT-MALO
Hôpital auxiliaire n° 102



Saint-Malo, hôpital auxiliaire n° 102.

L'hôpital 102, de Saint-Malo, a été fondé par l'U.F.F. dans le Casino municipal.

Les premiers blessés y entrèrent le 31 août 1914. Il ne fut fermé qu'en octobre 1918 pour céder ce local au Cercle de soldats américains créé par l'Y. M. C. A.

L'activité en fut très grande. 150 lits étaient installés dans les salles claires et spacieuses du Casino. Près de 2.000 blessés furent admis dans cette formation dont Mme Rigaud fut la directrice et M. Sergent l'administrateur.

Médecin-chef : Dr Pallier.

Chirurgien : Dr Page.

11e RÉGION

BREST
Hôpital complémentaire n° 6



Brest, hôpital complémentaire n° 6.

Organisé à la fin de septembre 1914 dans le pensionnat de l'Immaculée Conception, cet hôpital comprenait 15 salles de blessés et 200 lits.

Hôpital de grande chirurgie, il a aussi compté un service de dermatologie créé en 1916.

2.545 malades et blessés y ont été traités.

Les Drs Devaux, Poupon, Brechoteau en ont été successivement médecins-chefs.

FONTENAY-LE-COMTE
Hôpital auxiliaire n° 7



Fontenay-le-Comte, hôpital auxiliaire n° 7.

L'hôpital auxiliaire 7 a fonctionné dès le 27 août 1914. Il disposait des locaux d'une école libre de garçons et de ceux de la clinique du Dr Guéry, offerts gracieusement à la Société de secours aux blessés militaires. Cette petite formation, ouverte avec 20 lits, s'est plus tard agrandie et en a compté 69.

Administrateur : commandant Sorlet.

Médecin-chef : Dr Audé.

LORIENT
Hôpital auxiliaire n° 2



Lorient, hôpital auxiliaire n° 2.

Créé par le Comité lorientais de la S. B. M. dans le groupe scolaire et la salle des fêtes du cours des Quais, cet hôpital disposait tant dans sa portion principale que dans ses deux annexes, de 175 lits réservés aux petits blessés.

Administrateur : M. Gayet.

Infirmières-majors : Mmes du Bouetiez, Herpin, Falloy, Mlle Delzons.

Médecin-chef. Dr Waquet.

NANTES
Hôpital complémentaire n° 21



Nantes, hôpital complémentaire n° 21

Nantes devint, pendant la guerre, un centre hospitalier important. Parmi ses nombreux hôpitaux temporaires, un des plus actifs fut l'hôpital 21, organisé dans le grand lycée de garçons. Sa capacité, limitée, lors de son ouverture, à 378 lits, atteignit en juin 1915, 720 lits répartis en 41 salles.

Cette formation comprenait plusieurs services de grande chirurgie et un service de physiothérapie. Elle eut aussi une division affectée aux indigènes de l'Afrique du Nord.

Médecins-chefs : les Drs Poupon, Pascaud, Métin.

QUIMPER
Hôpital auxiliaire n° 4



Quimper, hôpital auxiliaire n° 4.

Dès les premiers jours de la mobilisation, une partie du grand séminaire de Quimper était mise à la disposition de la Société de secours aux blessés militaires, qui avait déjà créé dans cette ville une infirmerie de gare. Elle y installa un hôpital auxiliaire de 50 lits qui traita les petits blessés dans d'excellentes conditions de confort.

Le Dr Renault en fut le médecin-chef.

LES SABLES-D'OLONNE
Hôpital complémentaire n° 53


Les Sables-d'Olonne, hôpital complémentaire n° 53.

Cette belle station balnéaire devait, au cours de la guerre, abriter plusieurs formations sanitaires chirurgicales. L'hôpital complémentaire n° 53 en fut la plus importante. Il comprenait 325 lits répartis dans divers immeubles : l'hôpital civil qui offrit 4 pavillons, la cité des Pins maritimes, l'hôtel des Pins, le Casino des Pins et le grand Casino.

Du 25 août 1914 au 31 janvier 1919, date de sa fermeture, cet hôpital reçut 7.792 blessés.

Les Drs Camescasse, Le Gall, Constantin en furent médecins-chefs.

SAINT-NAZAIRE. Hôpital complémentaire n° 59


Saint-Nazaire, hôpital complémentaire n° 59.

Le collège de garçons de St-Nazaire, situé un peu en dehors de l'agglomération urbaine, se prêtait admirablement, tant par son excellente situation climatologique que par son installation dotée du confort moderne, à l'aménagement d'un hôpital temporaire. Aussi reçut-il, dès le onzième jour de la mobilisation, cette affectation.

D'abord hôpital de blessés, puis transformé en hôpital d'évacuation pour la réception des blessés amenés de Dunkerque par voie de mer, il retrouva en janvier 1915 sa destination d'hôpital complémentaire chirurgical, doté de 412 lits avec une annexe réservée à l'oto-rhino-laryngologie.

Médecins-chefs : Drs Guglielmi et Blondeau.

VANNES. Hôpital complémentaire n° 1


Vannes, hôpital complémentaire n° 1.

Cet hôpital fut organisé le 5 août 1914 dans le bel établissement de l'École normale d'institutrices.

255 lits y furent installés, en d'excellentes conditions, tant dans la portion principale que dans l'annexe du Petit-Séminaire.

Alors que le premier de ces immeubles hospitalisait les blessés relevant de la chirurgie générale, le second se spécialisait dans le traitement des militaires atteints d'affections de l'oreille, du nez et du larynx.

25 lits y furent aussi réservés aux prisonniers de guerre.

Médecins-chefs : Drs Gaillard, Signoret, Phellipon.

12e RÉGION

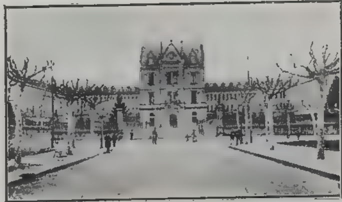
ANGOULÊME. Hôpital complémentaire n° 43


Angoulême, hôpital complémentaire n° 43. Façade.

Le lycée de garçons d'Angoulême reçut, le 1er février 1915, une formation sanitaire qui fonctionna d'abord avec 500 lits, comme dépôt de convalescents et sous-centre de physiothérapie. En 1916, celle-ci devint hôpital de médecine et de chirurgie générales, avec 248 lits.

Il y fut aussi créé, à diverses périodes, des services de spécialités : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, prothèse dentaire. 15.671 blessés y furent hospitalisés.

BRIVE. Hôpital complémentaire n° 41


Brive, hôpital complémentaire n° 41. Collège de garçons.

Le collège Cabanis est un superbe établissement dans lequel le Service de Santé avait organisé, aux premiers jours de la guerre un dépôt de convalescents, affectation que légitimait la grande capacité de l'immeuble En juin 1916, 12.500 convalescents y avaient été hospitalisés. C'est alors qu'il reçut une destination nouvelle. Doté de l'annexe de la clinique Lemoine, qui porta à 355 le nombre de ses lits, il devint un grand hôpital complémentaire de petite et moyenne chirurgie.

Il hospitalisa surtout comme blessés des indigènes de l'Afrique du Nord.

COGNAC. Hôpital auxiliaire n° 5


Cognac, hôpital auxiliaire n° 5. Vue d'ensemble (extérieur).

Le Comité de Cognac de la Société de secours aux blessés militaires, présidé par M. Castillon du Perron, créa en août 1914 un bel hôpital de 350 lits dans les locaux du groupe scolaire du Cagouillet. Deux annexes fondées, l'une dans l'institution libre de jeunes filles de la place Beaulieu, l'autre dans une propriété privée offerte par M. le sénateur Martell, vinrent compléter cette formation chirurgicale de premier ordre, qui fonctionna activement jusqu'au 21 mai 1919.

M. Pataa en était administrateur.

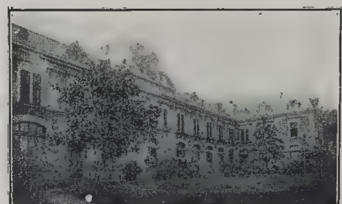
JARNAC. Hôpital auxiliaire n° 101


Jarnac, hôpital auxiliaire n° 101. Annexe château Laporte.

L'Union des Femmes de France a organisé à Jarnac un très bel hôpital auxiliaire comprenant 200 lits répartis dans des locaux scolaires dont l'école primaire de garçons constituait la portion centrale.

Cette formation possédait cinq annexes. Elle fonctionna comme hôpital de grande chirurgie et admit 3.324 grands blessés jusqu'au 1er avril 1919, date de sa fermeture.

LIMOGES. Hôpital complémentaire n° 11


Limoges, hôpital complémentaire n° 11.

Les beaux locaux de l'Ecole normale d'institutrices se prêtaient particulièrement à l'installation d'un hôpital temporaire. Aussi, dès les premiers jours de la mobilisation, le Service de Santé y organisa-t-il un hôpital chirurgical.

Les salles d'études furent transformées en chambres de 7 à 10 lits; le dortoir des jeunes filles reçut 66 lits. Un grand jardin ombragé entourait cette importante formation et rendait de précieux services aux convalescents.

LA SOUTERRAINE (Creuse)
Hôpital bénévole n° 46 bis


La Souterraine, hôpital bénévole n° 46 bis. Façade.

Le vieil hôpital de la Souterraine, construit au XVIIe siècle, donna pendant la guerre un bel exemple de générosité patriotique.

Tenu, par sa convention d'hospice mixte, à fournir 10 lits à l'armée, il en organisa 225 par la création progressive de diverses annexes. Quand il ferma ses portes, le 1er avril 1919, 1.274 blessés ou malades avaient été hospitalisés dans cette petite formation.

L'administrateur fut M. Deshignères et le médecin-chef le Dr J. Vignaudon.

13e RÉGION

CHATELGUYON
Hôpital complémentaire n° 65


Châtelguyon, hôpital complémentaire n° 65. Hôtel Barthélemy.

Installé en août 1914 dans l'hôtel Barthélemy (Palace-Hôtel), cet hôpital se vit adjoindre ultérieurement comme annexe l'hôtel Terminus, disposant ainsi de 390 lits réservés à la médecine générale.

On dut plus tard l'utiliser pour l'hébergement des réfugiés évacués des pays envahis.

CLERMONT-FERRAND
Hôpital complémentaire n° 95


Clermont-Ferrand, hôpital complémentaire n° 95.

Après avoir servi d'hôpital-dépôt pour les convalescents et les blessés en instance de réforme, le bel établissement dit Terrasse de Fontmaure fut, en 1916, transformé en hôpital complémentaire.

Cet ancien couvent, construit sur un des coteaux avoisinant Chamalières, à 450 mètres d'altitude, se prêtait admirablement à cette affectation. Pourvu de 248 lits, il reçut des blessés de grande clinique et notamment de clinique oculaire. Un centre d'ophtalmologie et de prothèse orbitaire y fonctionna avec une grande activité.

MOULINS
Hôpital complémentaire n° 21


Moulins, hôpital complémentaire n° 21.

Ouvert le 10 août 1914, l'hôpital n° 21 occupait les immeubles du lycée de jeunes filles, situé rue Bourreau.

Ces vastes locaux se prêtaient particulièrement à l'organisation d'une grande formation sanitaire dotée de tous les conforts. Aussi l'hôpital du lycée devint-il l'hôpital chirurgical de la place de Moulins, affecté au traitement des grands blessés.

Sa capacité, limitée au début à 210 lits, atteignait 350 lits en 1916.

3.525 blessés y furent hospitalisés.

MONTLUÇON
Hôpital complémentaire n° 81


Montluçon, hôpital complémentaire n° 81.

Établi dans l'ancien couvent des Dames de Saint-Maur, devenu propriété de la ville, cet hôpital fut ouvert le 1er janvier 1915. Il compta jusqu'à 400 lits, réduit plus tard à 102 lits répartis en plusieurs services de médecine générale et de petite chirurgie.

ROANNE
Hôpital complémentaire n° 26


Roanne, hôpital complémentaire n° 26.

Le lycée de garçons de Roanne abrita durant la guerre un hôpital temporaire qui, complété par l'annexe de la salle Noëlas, devint la principale formation sanitaire de la ville, dotée de 600 lits. Il comprenait plusieurs services de médecine générale et de clinique pourvus d'une installation très complète.

VICHY
Hôpital complémentaire n° 45


Vichy, hôpital complementaire n° 45.
Thermal-Palace.

Vichy fut, pendant la guerre, un centre hospitalier important, tant par ses hôpitaux thermaux que par les formations chirurgicales qui y furent temporairement organisées. Parmi ces dernières une des plus belles était l'hôpital complémentaire n° 45, dévolu au traitement chirurgical des blessures de la face.

Luxueusement installé dans l'hôtel Thermal-Palace, le service de restauration maxillo-faciale, dirigé par le Dr Lemaître, comptait 725 lits.

14e RÉGION

AIX-LES-BAINS
Annexe de la Villa des Fleurs


Aix-les-Bains,
annexe de la Villa des Fleurs

A l'hôpital complémentaire n° 52 était jointe une annexe plus importante que la portion principale; c'était la villa des Fleurs, établissement thermal où les blessés trouvaient dans un cadre des plus attrayants, une installation balnéaire qui compte parmi les plus complètes et les plus perfectionnées.

Cette formation constituait un hôpital de physiothérapie organisé par le Dr Pelissier et pourvu de 350 lits.

Les soins kinésithérapiques et hydrothérapiques étaient complétés par des travaux professionnels, dont l'équipe agricole, notamment, rendit les plus grands services.

AIX-LES-BAINS
Hôpital complémentaire n° 52


Aix-les-Bains,
hôpital complémentaire n° 52.

Aix-les-Bains compta, durant la guerre, de nombreuses et très belles formations sanitaires, organisées pour beaucoup dans ses luxueux hôtels.

Une de ces dernières fut l'hôpital n° 52 établi dans l'hôtel Métropole et comprenant 200 lits répartis dans 70 chambres.

C'était un hôpital pour blessés légers.

L'installation, des plus confortables, a été réalisée sous la direction des Drs Baradat et Lathuraz-Viollet.

Plus de 4.500 blessés y furent admis.

AIX-LES-BAINS
Hôpital auxiliaire n° 15


Aix-les-Bains,
hôpital auxiliaire n° 15.

Le Comité d'Évian de la S. B. M. ne pouvant établir une formation sanitaire à Évian, zone neutralisée, se transféra à Aix-les-Bains et créa dans l'hôtel des Bergues un hôpital chirurgical admirablement organisé.

Ouvert en septembre 1914 avec 45 lits, l'hôpital n° 15 en compta bientôt 145, chiffre qu'il conserva jusqu'à sa fermeture en janvier 1919. Il posséda le premier service d'héliothérapie qui ait fonctionné en France pour les blessés de guerre. 1.725 blessés furent admis dans cette belle formation, dont M. J. Barillot fut l'administrateur et le Dr F. Moulette-Grangée, le médecin-chef.

ALBERTVILLE
Hôpital complémentaire n° 33


Albertville,
hôpital complémentaire n° 33, division 6.

Sous le nom d'hôpital complémentaire n° 33 furent groupées dès la mobilisation les formations sanitaires temporaires constituées dans la place d'Albertville. La portion centrale était formée par l'École normale d'instituteurs qui comprenait 110 lits de médecine générale. Les annexes se composaient de l'infirmerie-hôpital, dotée de 60 lits de chirurgie, de l'école primaire supérieure de garçons, pourvue de 110 lits pour blessés légers, de la villa Lagarde dont les 30 lits étaient réservés aux malades contagieux.

CHAMBÉRY
Hôpital complémentaire n° 4


Chambéry,
hôpital complémentaire n° 4.
Entrée principale.

D'abord installé, à la mobilisation dans le lycée de garçons de Chambéry, l'hôpital n° 4 fut transféré en juillet 1916 dans le bel établissement des sourds et muets de Cognin. La situation de ces vastes bâtiments au milieu de jardins et de prairies, l'excellent aménagement des lieux, la perfection de l'installation technique, firent de cette formation un hôpital chirurgical de premier ordre.

250 lits y étaient réservés aux grands blessés.

BOURGOIN
Hôpital complémentaire n° 7


Bourgoin, hôpital complémentaire n° 7.
Cour intérieure.

Cet hôpital a été fondé le 7 août 1914 dans une partie des locaux du collège de garçons de Bourgoin.

Affecté au traitement des blessés moyens et des malades non contagieux, il comprenait 90 lits et reçut 2.645 militaires.

LA COTE-SAINT-ANDRÉ
Hôpital sanitaire


La Côte Saint-André, hôpital sanitaire n° 32.
Cour d'honneur.

Utilisant les bâtiments d'un ancien petit séminaire transformé en caserne avant la guerre, le Service de Santé put organiser dans la XIVe région l'hôpital sanitaire de La Côte-Saint-André qui fut une des plus importantes formations créées pendant la guerre pour l'isolement et le traitement des militaires tuberculeux.

Installé dans un immeuble spacieux et sain, de construction récente, et dans des conditions climatériques particulièrement favorables, cet établissement pourvu de 545 lits et doté de tous les aménagements réclamés par un sanatorium moderne, rendit les plus éminents services.

GRENOBLE
Hôpital complémentaire n° 31


Grenoble
hôpital complémentaire n° 31, de l'Aigle.

Le Service de Santé put aisément installer un hôpital temporaire dans les vastes locaux du pensionnat Saint-Michel, dénommé pensionnat de l'Aigle, et déjà admirablement organisé. Utilisé d'abord comme hôpital-dépôt de convalescents avec 200 lits, cet établissement devint, dès octobre 1915, un important hôpital de médecine générale pourvu de 405 lits. Un service de neurologie absorba plus tard la moitié de la formation.

Plus de 17.000 malades y furent traités.

GRENOBLE
Hôpital Marcheval


Hôpital Marcheval.

L'hôpital bénévole 53 *bis* a été créé au début de septembre 1914 dans les locaux de l'École normale de filles de Grenoble et institué définitivement par un arrêté préfectoral le 1er mars 1915. C'était une très belle formation comprenant un service de médecine générale et plusieurs services de grande chirurgie et de spécialités (yeux, nez, oreilles).

Elle comptait 305 lits et hospitalisa 3.551 blessés.
Médecin-chef : Dr Hermite,
Directrice : la doctoresse Bruyant-Perraut.
Administrateur : M. P. Cocat.

LYON
Hôpital complémentaire n° 14


Lyon, hôpital complémentaire n° 14. Pavillon de la Direction.

L'hôpital n° 14 fonctionna dans une partie des locaux et dépendances de l'École d'agriculture d'Ecully; il constituait une annexe de l'hôpital militaire Villemanzy.

Le regretté professeur J. Courmont en fut l'organisateur et le premier médecin-chef.

Cette formation, de 100 lits, était réservée à l'isolement et au traitement des malades contagieux.

Plus de 3.000 malades y furent admis.

LYON
Hôpital auxiliaire n° 49


Lyon, hôpital de la Soie n° 49.

Il fut fondé sous les auspices de la Société de secours aux blessés militaires, dans les magasins de soieries de la Croix-Rousse situés 4, rue Vaucanson.

Cette formation était remarquablement organisée, dotée du plus grand confort et d'une installation chirurgicale modèle.

Aussi fut-elle le siège d'un hôpital de grande chirurgie et d'un service d'urologie comptant au total 200 lits.

Médecin-chef : Dr Mollard.

LYON-VILLEURBANNE
Hôpital bénévole n° 248 bis


Lyon-Villeurbanne, hôpital bénévole n° 248 bis.

La Société d'assistance et patronage pour les sourds-muets et aveugles du Rhône eut la généreuse initiative de créer dans son école Gallieni, à Villeurbanne, un hôpital bénévole qui fonctionna comme une filiale de l'établissement de Reuilly, en poursuivant l'œuvre si utile de la rééducation intellectuelle et professionnelle des soldats aveugles, sourds ou aphasiques.

Cet hôpital, créé en janvier 1915, disposait de 80 lits. La commission administrative était composée de MM. Perrin, président; Bellier, P. Pic, Schmitt.

Directeur : M. Lafontaine; Dr Dolard, médecin-chef.

LYON
Cantine militaire de la gare de Perrache


Œuvre de la cantine militaire de la gare de Lyon-Perrache.

Cette cantine militaire a été créée fin 1916 sur l'initiative du gouverneur militaire de Lyon et sous la direction du capitaine Aulois, de MM. Soulié et Andrié. Dans un local approprié, les militaires de passage trouvaient des lits de camp pour se reposer, des tables où leur étaient servis repas complets, boissons hygiéniques et denrées diverses. Un débit de tabac, un lavabo, un salon de coiffure, complétaient cette excellente installation.

Le service était assuré, indépendamment du personnel salarié, par des dames de la S. B. M., de l'U. F. F. et par des dames bénévoles de la ville.

Cette œuvre fut très appréciée de nos soldats. La moyenne des tickets vendus par 24 heures était de 14.000, chiffre qui répond à un mouvement quotidien de 3 à 4.000 consommateurs.

VALENCE
Hôpital complémentaire n° 3

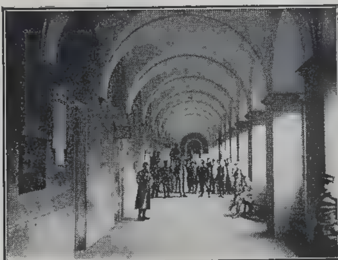

Valence, hôpital complémentaire n° 3.

L'ancien couvent des Jésuites dit « Le Valentin », occupé par un orphelinat agricole, fut transformé le 7 août 1914 en hôpital complémentaire et fonctionna comme tel jusqu'en février 1919.

L'excellente situation de ce bel immeuble, construit à 3 kilomètres de Valence et entouré d'un grand parc, en fit une formation très appréciée des blessés et malades qui furent traités au nombre de 7.400.

« Le Valentin » comptait 370 lits affectés à divers services de chirurgie. Il hospitalisa aussi les blessés de nos troupes noires.

VALENCE
Hôpital complémentaire n° 28


Valence, hôpital complémentaire n° 28. Vue intérieure de l'hôpital.

Organisé dans un ancien séminaire devenu caserne du 5e régiment d'artillerie lourde, l'hôpital n° 28 constituait une des plus importantes formations sanitaires de la région.

Il fut ouvert le 4 décembre 1914 avec 760 lits et servit d'abord de dépôt de convalescents, hospitalisant près de 38.000 malades et blessés.

Il fonctionna ensuite comme hôpital complémentaire avec 920 lits affectés tant à un centre de réforme qu'à un service de chirurgie et de dermato-vénérologie.

Un centre de physiothérapie y fut aussi créé en 1915.

Médecins-chefs : les Drs Baur, Plasson, Albert Jacquin.

15e RÉGION

ALAIS
Hôpital complémentaire n° 21


Alais, hôpital complémentaire n° 21. Lycée.

Bien que cette formation fût un hôpital complémentaire du Service de Santé, la municipalité et la ville d'Alais prirent une part importante dans sa fondation et son fonctionnement.

L'hôpital complémentaire n° 21 était organisé dans les locaux du lycée de garçons, ainsi que dans une école professionnelle attenante à cet établissement.

La formation comprenait 310 lits répartis entre plusieurs services de médecine et de chirurgie. Les services chirurgicaux comportaient une salle d'opérations bien aménagée et un laboratoire de radiographie.

En outre, un comité de dames s'occupait spécialement de l'entretien de la lingerie, ainsi que des distractions fournies aux blessés et malades de l'hôpital.

Les médecins-chefs en furent le Dr Gascuel, puis le Dr Mourier.

ARLES
Hôpital auxiliaire n° 47


Arles, hôpital auxiliaire n° 47. Salle de malades.

Une partie de l'immeuble du collège de garçons fut mise, dès la mobilisation, à la disposition de la Société de secours aux blessés militaires qui y organisa un important hôpital auxiliaire de médecine générale et de chirurgie.

Cet hôpital a fonctionné du 4 août 1914 au 15 juillet 1917, hospitalisant plus de 2.000 malades et blessés.

Administrateur : M. de Bussy.

Médecins-chefs : Drs Urpar et Rey.

BEAUCAIRE
Hôpital bénévole n° 50 bis


Beaucaire, hôpital bénévole n° 50 bis. Vue extérieure.

L'hôpital G. Doumergue, construit en 1906 et réservé à l'hospitalisation civile, a été mis, dès la mobilisation, à la disposition de l'autorité militaire.

Ce bel établissement, d'une installation toute moderne, contenait 60 lits, répartis dans un pavillon de médecine générale, un pavillon de chirurgie et un pavillon de contagieux.

1.086 malades y ont été admis, du 23 septembre 1914 au 27 décembre 1918.

Médecin-chef : Dr Julian.

Administrateur : M. Campagnac.

CANNES
Hôpital complémentaire n° 73


Cannes, hôpital complémentaire n° 73. Électrothérapie.

L'hôtel du Parc, luxueux établissement construit au bord de la mer sur le château du duc de Vallombreuse et bien allemand sous séquestre fut transformé pendant la guerre en hôpital médico-chirurgical de 300 lits.

En 1915, il reçut les services de chirurgie orthopédique et de physiothérapie, placés sous la direction du Dr Pacaud.

Plus tard, il se vit affecter à la médecine générale

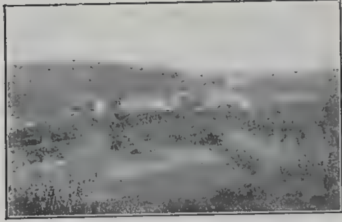
CANNES
Hôpital complémentaire n° 75


Cannes, hôpital complémentaire n° 75.

Parmi les belles formations chirurgicales qui furent temporairement organisées à Cannes, durant la guerre, en utilisant les luxueux hôtels de cette station climatique, doit être mentionné l'hôpital complémentaire n° 75, qui occupait la totalité des bâtiments de l'hôtel Bellevue.

Cet hôpital dut sa grande réputation moins à l'installation somptueuse dont y jouirent les blessés qu'aux résultats remarquables fournis par ses services de chirurgie, spécialisés dans la chirurgie osseuse et dirigés par le professeur B. Cunéo.

GIENS (Var)
Hôpital Renée Sabran


Giens, hôpital complémentaire n° 5. Vue extérieure.

Un hôpital complémentaire portant le n° 5 fut organisé en août 1914 dans l'hôpital Renée Sabran, magnifique sanatorium construit en 1891, au bord de la mer, pour les enfants malades ayant besoin d'un traitement marin.

L'installation était des plus perfectionnées, le confort parfait. Le personnel et le matériel avaient été laissés sur place, à la disposition du Service de Santé, toutes conditions qui permirent un fonctionnement immédiat et excellent de la formation.

Les 180 lits de l'hôpital furent réservés aux militaires atteints de tuberculose chirurgicale.

HYÈRES
Hôpital bénévole n° 80 bis


Hyères, hôpital bénévole n° 80 bis. Beauséjour.

L'hôtel Beauséjour fut gracieusement mis, en septembre 1914, à la disposition du Service de Santé par son propriétaire, M. Drappier.

Un hôpital bénévole y fut ainsi créé, qui fonctionna avec 85 lits, du 3 septembre 1914 au 15 mai 1919, hospitalisant durant cette période 2.725 militaires.

Cette formation rendit de précieux services dans le traitement des malades tuberculeux ou suspects de tuberculose.

M. Drappier en demeura l'administrateur.

MARSEILLE
Hôpital complémentaire n° 53


Marseille, hôpital complémentaire n° 53. Façade.

Cet hôpital, organisé dans le pensionnat Saint-Charles, fut une des plus importantes formations sanitaires temporaires de Marseille. Il disposait de 750 lits, d'abord répartis entre plusieurs services de grande chirurgie et de physiothérapie, puis ensuite attribués à un service de médecine générale et à deux centres de neurologie et de dermato-vénériologie. De beaux bâtiments, de vastes jardins et une installation technique perfectionnée en faisaient un établissement sanitaire de premier ordre.

MARSEILLE
Hôpital auxiliaire n° 1


Marseille, hôpital auxiliaire n° 1.

Créé par la Société de secours aux blessés militaires, cet hôpital occupait les locaux du collège de jeunes filles, rue Thomas ; il a été ouvert le 16 août 1914. C'était une importante formation chirurgicale de 236 lits. Un service de 100 lits a été consacré, à partir de juillet 1916, aux blessés fistuleux.

L'hôpital auxiliaire n° 1 comprenait 9 annexes ; il a hospitalisé 2.982 blessés.

Médecin-chef : Dr Poussel. Gestionnaire : M. B. Flory.

MENTON
Hôpital sanitaire de Gorbio


Menton, hôpital complémentaire n° 69. Vue générale.

L'admirable situation du sanatorium de Gorbio, adossé à une colline, à 4 kilomètres de Menton, valut à cet établissement, bien sous séquestre, d'être utilisé par le Service de Santé comme hôpital sanitaire réservé aux officiers tuberculeux.

Une formation sanitaire de 100 lits y fonctionna depuis juin 1916 sous le nom d'hôpital complémentaire n° 69.

La beauté du site, le confort des locaux, la perfection des aménagements spéciaux réclamés par sa destination, firent de l'hôpital de Gorbio un sanatorium militaire comptant parmi les plus appréciés et les plus utiles de la Côte d'Azur.

NICE
Hôpital auxiliaire n° 8


Nice, hôpital auxiliaire n° 8. Une des salles de blessés.

L'hôpital n° 8, fondé par la Société de secours aux blessés militaires, occupait les locaux de l'Ecole normale de jeunes filles, à Nice-Cimiez.

Il comptait 300 lits. Réservé d'abord aux blessés du front français, il hospitalisa ensuite des malades évacués de l'armée d'Orient.

Plus de 3.300 blessés et malades y furent traités.

Administrateur : M. Saïssi.

Surveillante générale : Mme Buchet.

Médecins-chefs : Drs De Laprade et Gaziglia.

NICE
Œuvre de l'Assistance aux convalescents militaires


Nice, château de Falicon.

Dès le début de la guerre, l'Œuvre de l'Assistance aux convalescents militaires se forma dans le but de créer un foyer pour les militaires sortant des hôpitaux et ne disposant ni d'une famille, ni de ressources suffisantes pour bénéficier d'une convalescence.

Me Maurice Bernard fut l'organisateur et l'âme de cette belle institution dont le Comité avait pour présidente la comtesse Greffulhe et qui fut aussitôt rattachée au ministère de la Guerre.


Saint-Raphaël, villa « Les Myrtes ». Établissement n° 79.

Bien que l'Œuvre de l'A. C. M. comptât des établissements dans toute l'étendue de la France, c'est dans la XVe région, privilégiée par son climat, que son action se fit le plus utilement sentir.

Rien que dans cette région, 172 établissements furent créés, fournissant 4.338 lits.

Voici, à titre d'exemples, une vue de la villa des Myrtes, organisée à Saint-Raphaël avec 20 lits.

Directeur : M. Schuster.

Et une vue du château de Falicon, 55 lits, offert par le comte de Falicon.

Présidente : Mme Barralis-Meunier.

Directeurs : MM. Poulet, Cauvin, G. Briand.

NIMES. Hôpital complémentaire n° 35


Nîmes, hôpital complémentaire n° 35. Cour intérieure.

Le prieuré des Dames de l'Assomption, transformé par l'Etat en caserne et isolé dans un quartier peu fréquenté de Nîmes, se prêtait particulièrement à l'organisation, recherchée par le Service de Santé, d'un hôpital pour contagieux.

Il reçut cette affectation en septembre 1914 et fut prêt à fonctionner en février 1915.

L'hôpital n° 35 contenait 285 lits, où furent admis des malades contagieux, et, pour la plus grosse part, des tuberculeux.

PRIVAS. Hôpital bénévole n° 100 bis


Privas, hôpital bénévole n° 100 lits.

Cet hôpital bénévole a été généreusement organisé dans les dépendances de l'asile Sainte-Marie, cours du Temple. Le service était assuré par le médecin et le personnel de l'asile. Un vaste jardin offrait ses ressources aux convalescents.

L'hôpital Sainte-Marie comprenait 60 lits et admit 878 malades et blessés, du 30 octobre 1914 au 8 octobre 1917.

Administrateur : M. R. Michel.

Médecins-chefs : Drs Daday et Bire.

VILLEFRANCHE-SUR-MER
Hôpital auxiliaire n° 221


Villefranche-sur-Mer, hôpital auxiliaire n° 221. Vue intérieure.

L'Association des Dames Françaises fonda, dès le début de la guerre, un hôpital auxiliaire de 50 lits dans la vieille villa «Schifanoïa» située dans un site enchanteur, sur la route de Nice à Monaco et si généreusement offerte par ses propriétaires, la comtesse Cioja et Mlle Tiranty.

Les blessés et les malades trouvèrent les soins les plus éclairés et l'installation la plus confortable dans cette formation qui conserva pour administratrice Mlle C. Tiranty. Econome : M. C. Arduini.

TOULON. Hôpital complémentaire n° 6


Toulon, hôpital complémentaire n° 6. Lycée. Salle de malades.

Les beaux bâtiments du lycée de Toulon furent facilement transformés en hôpital, dès le début de la guerre, ainsi que le prévoyait le journal de mobilisation

de l'hôpital complémentaire n° 6. Les premiers malades y furent admis le 11 septembre 1914. Cet hôpital, qui fonctionna comme hôpital de médecine générale et de chirurgie, constituait une très importante formation dont la capacité, en comprenant l'annexe de l'école Rouvière, atteignit 1.050 lits.

Des restitutions progressives de locaux à l'Instruction publique réduisirent ultérieurement le nombre de lits à 250.

VIVIERS (Ardèche). Hôpital bénévole n° 126 bis



Viviers, hôpital bénévole n° 126 bis. Entrée principale.

La municipalité de Viviers créa, pendant la guerre, avec le concours de la population civile, un hôpital bénévole de 50 lits installé dans l'ancien évêché, mis à sa disposition par M. le Préfet de l'Ardèche. M. J. Pavin de Lafarge, maire de Viviers, prit à sa charge les frais d'installation et l'excédent des frais d'entretien.

Administrateur : M. L. Raoux.

Infirmière-major : Mme Léon Raoux.

16e RÉGION

CETTE. Hôpital complémentaire n° 13



Cette, hôpital complémentaire n° 13. Vue extérieure.

Le collège de garçons de Cette, bâti sur le flanc du mont Saint-Clair, face à la mer, est un bel établissement doté de tout le confort moderne où le Service de Santé put organiser, dès le 6 août 1914, un hôpital chirurgical important.

Spécialisé en chirurgie, il fonctionna d'août 1914 à janvier 1918, avec 350 lits ; il comprit aussi un service de dermatologie. Près de 4.000 malades et blessés y furent traités.

MAZAMET (Tarn). Hôpital auxiliaire n° 10



Mazamet, hôpital auxiliaire n° 18. Annexe C. Un dortoir.

La Société de secours aux blessés militaires fonda, en septembre 1914, dans les locaux de l'Ecole pratique de commerce et d'industrie, un hôpital auxiliaire qui, ouvert avec 50 lits, en comprenait 300 en 1915.

Cette formation, pourvue de deux annexes et composée de services de médecine générale et de petite chirurgie, eut un rendement très actif.

M. Cormouls-Houlès en fut l'administrateur.

Médecin-chef : Dr Bonneville.

MONTPELLIER. Hôpital complémentaire n° 44



Montpellier, hôpital complémentaire n° 44. Ecole du Sacré-Cœur. Façade principale.

Installé dans l'ancien couvent du Sacré-Cœur, ce bel hôpital, vaste et bien aménagé, fonctionna avec 428, puis 450 lits, d'août 1914 à avril 1919

Après avoir eu, en 1914 et 1915, diverses affectations, et notamment servi à l'hospitalisation des troupes indigènes, il devint, en 1916, hôpital de neurologie, rattaché au centre neurologique de la XVIe région et pourvu de deux services annexes de psychiâtrie, à l'asile Font d'Aurelles et à l'orphelinat du Bon-Secours.

5.600 malades y furent traités

MONTPELLIER. Hôpital complémentaire n° 49



Montpellier. Bâtiment D. Cour d'honneur.

Les vastes locaux de l'ancien petit séminaire de Montpellier, qui servaient avant la guerre de caserne d'infanterie, se prêtaient moins à l'installation d'un hôpital, chirurgical ou médical, qu'à leur utilisation par des blessés valides. Aussi cet établissement servit-il d'abord d'hôpital-dépôt de convalescents avec 1.100 lits.

Plus tard, on y transféra les centres de physiothérapie et d'appareillage de la XVIe région. Ces centres fonctionnèrent avec 730 lits et gardèrent jusqu'à la fin de la guerre une remarquable activité.

MONTPELLIER. Hôpital bénévole n° 54 bis



Montpellier, hôpital bénévole Lugand, n° 54 bis.

Cet hôpital de 50 lits fut offert, tout installé, au Service de Santé par M. J. Lugand qui l'avait organisé dans sa belle propriété entourée d'un vaste parc et située aux portes de la ville. Cette formation, administrée par M. Lugand avec le concours médical du Dr Sarda, recevait des malades relevant de la médecine générale. Elle possédait des services d'hydrothérapie et d'héliothérapie parfaitement aménagés.

PERPIGNAN. Hôpital bénévole n° 73 bis



Perpignan, hôpital bénévole, n° 73 bis. Salle des malades.

Cette modeste formation de 20 lits occupait une partie de l'asile de vieillards, mise au service de nos blessés par les Petites Sœurs des pauvres.

L'installation en était très satisfaisante. Bien situé, largement aéré, entouré de vastes jardins, cet hôpital, dirigé par la supérieure de l'asile, remplit parfaitement son rôle d hôpital de petite chirurgie. Il reçut 254 blessés.

Médecin-chef : Dr Lacaze.

RODEZ. Hôpital complémentaire n° 22



Rodez, hôpital complementaire n° 22. Vue générale.

Les vastes bâtiments du nouveau séminaire de Rodez fournirent, durant la guerre, au Service de Santé, les locaux nécessaires à l'organisation d'un grand hôpital complémentaire pour malades relevant de la médecine générale.

Ouverte dès le mois d'août 1914, cette formation, qui comprenait 275 lits, fonctionna jusqu'en avril 1919 et reçut près de 6.000 malades.

SORÈZE (Tarn)
Hôpital bénévole n° 29 bis



Sorèze, hôpital bénévole installé dans l'école. Une salle commune.

L'hôpital bénévole n° 29 *bis* a été installé dans les locaux de la vieille école de Sorèze, aux frais de l'administration de cette école.

Ouvert le 13 octobre 1914, avec 55 lits de chirurgie, il en comptait 90 en août 1915.

Près de 1.500 blessés y furent hospitalisés.

Directeur : M. Serre de Ganty.

Médecins-chefs : Drs Servage, Louvraire, Deyde

17e RÉGION

AGEN
Hôpital auxiliaire n° 102



Agen, hôpital auxiliaire n° 102. Façade de l'établissement.

Primitivement installé dans les bâtiments exigus de la Société agenoise d'instruction populaire, l'hôpital n° 102, fondé par l'Union des Femmes de France, occupa ensuite une partie des locaux de la préfecture.

Cette formation de 70 lits, étendue à 100 lits à la fin de 1914, fonctionna jusqu'à la fin de 1917, comme hôpital chirurgical. Plus de 1.000 blessés y furent traités.

Administrateur : M. O. Bouttenot.

Médecin-chef : Dr Labat.

AUCH
Hôpital bénévole n° 63 bis



Auch, hôpital de la Croix-Verte.

Fondé sous les auspices de la Croix-Verte, œuvre à laquelle il fut rattaché en 1915, cet hôpital bénévole occupait la propriété de la Hourre, appartenant à M. Decker-David, sénateur du Gers. Il comptait 53 lits réservés aux petits blessés et aux malades convalescents.

Mme Decker-David en fut la directrice.

Infirmière-major : Mme Laporte, assistée de douze dames de la ville, infirmières bénévoles.

Médecin-chef : Dr Mir.

CAHORS
Hôpital auxiliaire n° 2



Cahors, hôpital auxiliaire n° 2. Vue extérieure.

Installé dans l'immeuble du grand séminaire, cet hôpital fut créé sur l'initiative de Mme Ausset de Lagerie, présidente du comité de la S. B. M.

Il fut ou-

vert le 2 août 1914, avec 22 lits, qui furent ensuite portés à 50 et admit dans ses services de chirurgie 675 blessés jusqu'au 26 décembre 1918, date de sa fermeture.

Directrice : Mme Ausset de Lagerie.
Administrateur : M. G. Martin.
Médecin-chef : Dr Ausset.

MARMANDE. Hôpital auxiliaire n° 104


Marmande, hôpital auxiliaire n° 104. Vue extérieure.

L'hôpital n° 104 fut fondé sous les auspices de l'Union des Femmes de France, dans les locaux de l'école communale de garçons.

Il recevait ses premiers blessés le 28 août 1914. Depuis, cette formation chirurgicale eut un fonctionnement régulier jusqu'au mois de juillet 1917, époque à laquelle elle dut fermer ses portes, après avoir traité un millier de blessés.

Directrice : Mme Touron. Administrateur : M. Guitard. Médecin-chef : Dr C. Courret

MONTAUBAN. Hôpital auxiliaire n° 8


Montauban, hôpital auxiliaire n° 8. Vue extérieure.

La Faculté de théologie protestante devint, le 2 août 1914, un hôpital auxiliaire, fondé par la S.B.M. avec 50 lits, portés à 110 lits jusqu'à sa fermeture qui eut lieu en décembre 1918.

Cet hôpital chirurgical reçut près de 3.000 blessés. Les administrateurs en furent le général Konn et MM. Semezies ; le médecin-chef : le Dr Alibert.

TOULOUSE. Hôpital auxiliaire n° 1


Toulouse, hôpital auxiliaire n° 1. Vue extérieure.

Les vastes bâtiments de l'École vétérinaire de Toulouse reçurent à la mobilisation, avec l'agrément du Ministre de l'Agriculture, l'hôpital n° 1 de la Société de secours aux blessés militaires.

Ce bel hôpital de grande chirurgie avait hospitalisé et traité 3.676 blessés lorsqu'il cessa de fonctionner, cinq mois après l'armistice.

Il eut pour directrice et infirmière-major, Mlle de La Salle ; pour administrateurs : MM. de Maurois et Pigasse ; pour médecins-chefs : le professeur Dalous et le Dr Lasserre.

TOULOUSE. Hôpital auxiliaire n° 101


Toulouse, hôpital auxiliaire n° 101. Vue extérieure.

Le Comité toulousain de l'Union des Femmes de France prenait possession, le 6 août 1914, des locaux de l'École normale d'instituteurs situés allée Saint-Agne et y installait un hôpital chirurgical de 150 lits qui fonctionna jusqu'au 26 décembre 1918.

Plus de 4.000 blessés furent traités dans cette formation dont Mme Z. Martin était la directrice et le Dr Tapie, le médecin-chef.

18e RÉGION

AIRE-SUR-ADOUR
Hôpital complémentaire n° 39


Façade sud et entrée principale.

Le grand séminaire d'Aire-sur-Adour, inutilisé depuis 1906, offrait au Service de Santé les ressources d'un vaste édifice bien construit, de belles dimensions et entouré d'un grand parc.

Il y fut créé un important hôpital chirurgical de 400 lits.

Cette formation fut spécialisée dans le traitement chirurgical des blessés fistuleux osseux.

ARCACHON
Hôpital complémentaire n° 28


Arcachon, hôpital complémentaire n° 28. Entrée principale.

Bâti sur un terrain sablonneux, en pleine forêt de pins, entouré d'un parc superbe, le collège Saint-Elme offrait de trop précieuses ressources pour qu'il n'y fût pas organisé d'hôpital temporaire, au cours de la guerre.

L'hôpital n° 28 y fut en effet installé, avec 383 lits, dans des conditions excellentes de confort et d'aménagements techniques.

En dehors des services de chirurgie et de médecine qui y furent constitués, une division importante hospitalisa les malades et blessés des troupes noires, qui jouirent dans cette station balnéaire d'un climat particulièrement favorable.

Médecin-chef : Dr Festal.

BAYONNE
Hôpital militaire


Hôpital militaire de Bayonne.

L'hôpital militaire de Bayonne, construit en 1842 vit, on le conçoit, son activité redoubler pendant la guerre. Ses 600 lits, répartis en nombreux services de chirurgie, de médecine, de contagieux, de spécialités abritèrent, en cinq ans tout un monde de malades et de blessés.

La vie de ce grand organisme hospitalier a été retracée dans un style alerte et avec une documentation minutieuse par Maurice Martin dans le livre charmant qu'il a publié en 1917 : *L'Hôpital militaire de Bayonne*, préfacé par J.-H. Rosny.

BAYONNE
Hôpital complémentaire n° 20


Bayonne, hôpital complémentaire n° 20. Lycée. Cour intérieure.

Dès la mobilisation et sur appel de M. Garat, député-maire de Bayonne, un comité local de secours aux blessés se constitua en vue d'aider les œuvres de guerre. C'est ce Comité qui, répondant à la demande du Service de Santé, organisa un hôpital complémentaire dans les locaux du lycée Marracq et assuma une partie des dépenses de l'installation.

L'hôpital n° 20 était une belle formation chirurgicale de 340 lits pourvue d'une annexe : la clinique Delay.

Elle fonctionna activement durant deux années au cours desquelles elle hospitalisa 3.400 blessés.

BIARRITZ
Formation de Poliakoff


Une des salles du rez-de-chaussée.

L'hôpital bénévole n° 95 *bis* fut fondé, le 11 septembre 1914, par le Dr J. de Poliakoff et à ses frais, ainsi que par son collaborateur, le Dr J. Bandaline.

Il était luxueusement installé dans les locaux du Grand-Hôtel. Il comprenait 120 lits de grande chirurgie.

L'activité de cette formation fut très grande et les blessés y trouvèrent un confort tout particulier.

Le Dr de Poliakoff en resta le médecin-directeur. Le chirurgien en chef était le Dr Blanco Acevedo.

BORDEAUX-CAUDÉRAN
Hôpital complémentaire n° 4


Bordeaux-Caudéran, hôpital complémentaire n 4.

L'école Sainte-Marie est un grand établissement d'enseignement privé dont les beaux pavillons s'élèvent, aux environs de Bordeaux, dans la propriété du grand Lebrun.

L'hôpital qui y fut créé pendant la guerre sous la direction du professeur Bergonié, médecin-chef, peut être tenu pour une des formations temporaires les plus vastes et les mieux aménagées du territoire.

550 lits y furent organisés, où furent traités auprès des blessés français, ceux des nations alliées, des troupes indigènes et des prisonniers allemands.

Les principaux services furent ceux de médecine, de grande et de petite chirurgie, de radiothérapie, de physiothérapie avec des annexes destinées à la rééducation professionnelle, et notamment agricole, des anciens blessés.

BORDEAUX
Hôpital complémentaire n° 18


Bordeaux, école Saint-Genès. Façade sur la rue Saint-Genès.

Situé dans un des plus beaux quartiers de la ville, l'hôpital n° 18 occupait les bâtiments spacieux de l'école St Genès, entourés de jardins ombragés et construits avec tout le confort dont puisse se réclamer un collège moderne.

La transformation en hôpital de cet établissement scolaire fut aisée, car il comportait déjà tous les grands services généraux nécessaires aux collectivités : conciergerie, bureau des entrées, cuisines, réfectoires et dortoirs, locaux d'hygiène et de toilette, vastes magasins au sous-sol etc..

Aussi cette formation pût-elle aisément fournir 700 lits, et recevoir de nombreux services de médecine et de clinique.

Elle constitua surtout le grand centre de neurologie et d'ophtalmologie de la XVIIIe région.

Les professeurs Pitres et Lagrange y dirigèrent ces services.

Le professeur Testut, le Dr Jourdran furent médecins-chefs de la formation.

SANATORIUM MARIN DE CAP-BRETON


Sanatorium marin de Cap-Breton.

Sous le nom d'hôpital complémentaire n° 20 le Service de Santé institua dans les locaux du Sanatorium de Cap-Breton (Landes), un établissement destiné au traitement chirurgical et marin des tuberculoses externes.

Cette formation, grossie des immeubles voisins du Jeu de Paume ou Fronton basque, rendit de précieux services aux tuberculeux osseux. 104 lits y étaient organisés, pourvus d'une installation chirurgicale et héliothérapique qui ne laissait rien à désirer.

LA ROCHELLE
Hôpital Fénelon


La Rochelle, école Fénelon. L'escalier d'honneur et le vestibule.

Le vieil hôpital militaire de La Rochelle, devenu insuffisant pendant la guerre, se vit augmenté de trois annexes dont une des plus importantes fut l'hôpital temporaire Fénelon, établi dans les locaux du collège de la rue Massieu.

200 lits furent aménagés dans le vaste immeuble qui reçut avec divers services de médecine et de grande chirurgie une installation chirurgicale complète, ce qui lui valut de devenir le siège du 4e secteur chirurgical de la région.

De précieux concours ne cessèrent d'être apportés à l'hôpital Fénelon par la préfecture de la Charente-Inférieure, la municipalité de la Rochelle et les dames infirmières des sociétés d'assistance qui, groupées autour de l'infirmière-major, Mme de Moras, contribuèrent grandement au bon fonctionnement de cette formation.

LOURDES
Hôpital complémentaire n° 32


Lourdes. Asile. Hôpital complémentaire n° 32.

L'évêché de Tarbes mit à la disposition du Service de Santé, au début de la guerre, les bâtiments de l'asile de la grotte de Lourdes et de l'abri du pèlerin.

Là, fut instituée une formation sanitaire qui fonctionna dès le 25 août 1914 avec 350 lits, répartis dans des services de grande chirurgie et de médecine.

Cet hôpital, très complet et très bien aménagé, comprenait aussi des services de radiologie, d'électrothérapie, de thermothérapie et de mécanothérapie.

MONT-DE-MARSAN
Hôpital complémentaire n° 38


Hôpital complémentaire n° 38. Vue intérieure du lycée.

L'hôpital n° 38 fut une des plus importantes formations sanitaires créées pendant la guerre à Mont-de-Marsan.

Il occupait les locaux du lycée Victor-Duruy. Il disposait, le 13 septembre 1914, date de son ouverture, de 420 lits. Sa capacité fut plus tard ramenée à 260 lits.

Cet hôpital reçut des blessés et des malades non contagieux. Il en avait hospitalisé 4.500, deux ans après sa fondation.

PAU
Hôpital auxiliaire n° 6


Pau, hôpital auxiliaire n° 6. Vue du bâtiment principal.

La villa d'Anglade, bel immeuble départemental situé au sommet d'une colline longeant le boulevard des Pyrénées, a été remise, le 10 août 1914, à la Société de secours aux blessés militaires, par le préfet et le maire de Pau, pour l'organisation d'une formation sanitaire.

Un hôpital auxiliaire y fut installé avec 50 lits. Il en compta plus tard 110.

La salubrité de cet établissement et ses beaux aménagements en firent une formation très appréciée.

SAINT-ANDRÉ-DE-CUBZAC (Gironde)
Hôpital complémentaire n° 45


Hôpital complémentaire n° 45. Entrée.

L'École normale d'instituteurs de Saint-André-de-Cubzac, après avoir été utilisée en novembre 1914 par un hôpital bénévole qu'administrait la municipalité, fut occupée en juillet 1915 par l'hôpital complémentaire n° 45. L'installation était excellente et le rendement de cette formation demeura toujours important.

Sur les 275 lits dont elle disposait, une partie était affectée aux services de grande chirurgie, l'autre à un service de médecine. Une dernière division recevait, enfin, les blessés de nos troupes noires.

SAINTE-FOIX-LA-GRANDE (Gironde)
Hôpital complémentaire n° 15


Hôpital complémentaire n° 15. Salle 2. — 20 lits.

L'hôpital civil de Ste-Foix-la-Grande, récemment organisé à neuf, devint au début de la guerre, grâce à l'adjonction de trois annexes, le noyau d'un groupement hospitalier important pourvu de 250 lits et qui conserva, au cours des hostilités une physionomie spéciale.

En effet, dès septembre 1914, l'administration de la colonie pénitentiaire de Sainte-Foix-la-Grande offrit au service de santé un bâtiment inoccupé voisin de l'hôpital central, et qui lui fut rattaché sous le nom d'annexe de la colonie.

La situation privilégiée de cette station au bord de la Dordogne la fit d'abord réserver aux malades ou blessés ayant besoin d'une cure d'air. Les heureux résultats obtenus valurent bientôt à l'annexe de la colonie d'être transformée en station climatérique pour pré-tuberculeux.

Cette station fonctionna dès lors régulièrement auprès de l'hôpital n° 15, qui reçut plus tard dans ses services les prisonniers alsaciens-lorrains.

19e RÉGION

ALGER. Hôpital militaire Maillot


Alger, hôpital Maillot. Pavillon des officiers. Cour intérieure.

Situé aux portes d'Alger, au bord de la mer, dans un cadre unique où la blancheur des pavillons éclate parmi la sombre verdure des palmiers et des eucalyptus, l'hôpital Maillot, anciennement du bey, groupe ses vastes bâtiments modernes autour du vieux palais maure qui abrite encore le service des officiers et qui est un bijou d'architecture arabe.

L'hôpital militaire central d'Alger, malgré l'éclosion de nombreux hôpitaux auxiliaires, déploya durant la guerre une remarquable activité. 820 lits et 12 services y étaient organisés.

On y traita les malades et les blessés. Des sections de neurologie, de physiothérapie, d'urologie, d'ophtalmologie y fonctionnèrent auprès des grands services généraux.

HOPITAL MILITAIRE DE MASCARA


Mascara, hôpital militaire.

L'hôpital militaire actuel succède au vieil établissement sanitaire qui avait utilisé les magasins de réserve d'Abd-el-Kader après la prise de la ville en 1841.

Il date de 1864 et occupe le point le plus élevé de Mascara, dans un quartier particulièrement sain.

Un bâtiment central flanqué de deux ailes latérales abrite les divers services de médecine et de chirurgie générale.

L'installation chirurgicale répondait en tous points aux besoins qu'elle dut satisfaire au cours de la guerre.

HOPITAL MILITAIRE DE MOSTAGANEM



Mostaganem, hôpital militaire. L'entrée.

L'hôpital militaire de Mostaganem, dans la division d'Oran, a été achevé en 1850. Il a été complété en 1858 par l'adjonction de petits pavillons. Il est situé à mi-côte d'une colline et à 1.500 mètres de la mer.

C'est une belle construction, bien aérée, bien éclairée, pourvue de services suffisants pour les besoins de la garnison et ceux, exceptionnels, qu'elle eut à assurer au cours de la campagne dernière.

Le mouvement des malades et blessés fut à peu près le double de celui du temps de paix. Il passa de 432 entrées pour 1914 à 858 pour 1915.

HOPITAL MILITAIRE DE NEMOURS


Nemours. Hôpital militaire. Salle civile et consignes militaires.

Le petit hôpital de Nemours, achevé en 1872, est pourvu d'une installation à la fois pratique et coquette qui, jointe à sa situation privilégiée dans le plus beau quartier de la ville, à 150 mètres de la mer, en fait une formation sanitaire permanente très appréciée des malades et des blessés.

Il ne compte que 36 lits, mais il rendit de précieux services, car le climat remarquablement tempéré de la région en fait une résidence de choix pour les malades et les convalescents.

HOPITAL MILITAIRE DE SAIDA


Saïda, hôpital militaire.

Ainsi que beaucoup d'hôpitaux militaires algériens, l'hôpital de Saïda est inclus dans la redoute, disposition qui remonte à l'époque où l'insécurité de nos nouvelles garnisons algériennes nécessitait le groupement de tous les organes militaires dans un même centre de résistance.

Ce voisinage sévère est tempéré par l'agrément de beaux jardins où les malades et les convalescents trouvent un milieu des plus propices à leur rétablissement.

L'hôpital comporte trois bâtiments principaux et deux pavillons isolés. Il contient 141 lits réservés aux malades et aux blessés

HOPITAL MILITAIRE DE TLEMCEN


Tlemcen, hôpital.

Avec ses beaux bâtiments disposés en fer à cheval, ses larges galeries à arcades, ses jardins ombragés, l'hôpital militaire de Tlemcen est un des hôpitaux les plus importants et les mieux aménagés de l'Algérie.

Il est situé dans le quartier des Koulouglis, le plus élevé et le plus sain de la ville. Son installation intérieure rappelle celle des établissements hospitaliers modernes de la Métropole.

Il contient 300 lits répartis en plusieurs services de médecine et de chirurgie, avec une division pour les indigènes.

TUNIS. Hôpital auxiliaire n° 1


Tunis, hôpital auxiliaire (Tunisia-Palace). Une salle commune.

La Société de secours aux blessés militaires, prévenue le 1er mai 1915 de l'arrivée imminente de blessés du corps expéditionnaire d'Orient, organisa un bel hôpital de 60 lits dans les locaux du « Tunisia-Palace-Hôtel », mis obligeamment à sa disposition par son directeur, M. Tuor.

Cet hôpital, pourvu d'une excellente installation chirurgicale, fonctionna désormais dans le luxueux immeuble qui lui avait été affecté. L'administrateur en fut M. J. Valensi ; la surveillante générale, Mme Maurin ; le médecin-chef, le Dr Porot.

TUNIS. Hôpital bénévole n° 1 bis


Tunis, hôpital bénévole n° 1 bis. Vue d'ensemble de l'hôpital.

L'hôpital bénévole n° 1 *bis* a été ouvert pour recevoir les malades et blessés évacués d'Orient en avril 1915, et créé par l'Œuvre tunisienne de Secours aux soldats, fondée par Mme Alapetite. Il occupait les locaux vacants de l'École coloniale d'agriculture et comprenait 100 lits réservés aux malades et aux blessés légers. L'installation ne laissait rien à désirer. Un solarium permettait de procurer aux blessés les ressources de l'héliothérapie.

L'hôpital de l'Œuvre tunisienne était dirigé par Mme Alapetite, assistée d'infirmières bénévoles diplômées de la Croix-Rouge.

20e RÉGION

SAINT-NICOLAS-DU-PORT
Hôpital complémentaire n° 14

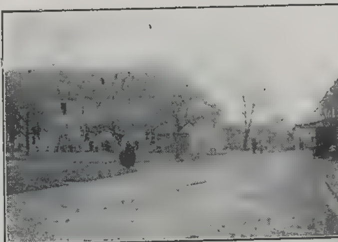

Saint-Nicolas-du-Port, hôpital complémentaire n° 14.

La petite place de Saint-Nicolas-du-Port, située aux protes de Nancy, possédait une caserne occupée, avant la guerre, par le 4e bataillon de chasseurs à pied et dont la disposition par petits pavillons isolés, se prêtait tout naturellement à l'installation d'un vaste hôpital.

L'hôpital complémentaire n° 14 y fut en effet organisé dès les premiers jours d'août 1914 et devait fonctionner jusqu'en mars 1920. Sa capacité considérable permit d'y installer 1.100 lits répartis en trois services de chirurgie, quatre services de malades et un service de contagieux.

Un service de neuro-psychiâtrie y fut aussi institué en 1916.

BRIENNE-LE-CHATEAU
Hôpital complémentaire n° 33


Brienne-le-Château, hôpital complémentaire n° 33.

L'ancienne caserne Bonaparte, après avoir abrité plusieurs ambulances et dépôts d'éclopés, fut affectée, en 1916, à l'hôpital complémentaire n° 33.

Cette formation y fonctionna avec 300 lits dont la moitié environ était réservée aux malades; l'autre partie comprenait des services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie

TROYES
Hôpital complémentaire n° 8


Troyes, hôpital complémentaire n° 8. Un baraquement.

Le 5 décembre 1914, le Service de Santé créa, dans l'ancien grand séminaire de Troyes, un hôpital qui ne comptait que 100 lits à l'ouverture.

Ces bâtiments spacieux et aérés occupaient, au bord de la Seine, un vaste emplacement limité par la rue de l'Ile et le Mail des Charmilles. Ils étaient entourés d'un grand parc mis en partie à la disposition des malades convalescents.

La réalisation d'importants aménagements, la construction de baraquements appropriés à l'isolement des hospitalisés, l'adjonction enfin de l'annexe Landouzy, en 1917, portèrent à 437 lits la capacité de cette grande formation qui reçut surtout des contagieux.

L'annexe Landouzy était réservée aux tuberculeux.

Lorsque l'hôpital n° 8 ferma ses portes, en octobre 1919, il avait hospitalisé plus de 12.000 malades et blessés.

TROYES. Hôpital auxiliaire n° 2


Hôpital auxiliaire n° 2.

L'hôpital auxiliaire n° 2 a été fondé par la Société de secours aux blessés militaires dans les locaux du groupe scolaire des Jacobins. C'était une très belle formation chirurgicale réservée aux grands blessés et pourvue de 230 lits.

L'organisation d'importantes annexes établies dans trois pensionnats de la ville, dans les magasins militaires de la Chapelle-Saint-Luc, dans les châteaux d'Essoyes et de Polisy, permit d'adjoindre à l'hôpital n° 2 un service central de physiothérapie pourvu d'une installation très complète.

VITTEL. Hôpital complémentaire n° 10


Vittel, hôpital complémentaire n° 10. Grande salle.

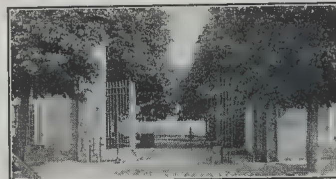
En août 1914, l'Union des Femmes de France installa, dans le pavillon « Cérès » à Vittel, un hôpital auxiliaire qui portait le n° 107 et fonctionna jusqu'au 31 décembre de la même année. A ce moment la formation passa sous la direction du Service de Santé de la XXe région et devint l'hôpital complémentaire n° 10. Elle fut ensuite administrée par la 1re armée, puis par l'armée de Lorraine.

Grossi de deux annexes installées au Casino et à l'hôtel Vittel-Palace, cet hôpital comptait 680 lits d'hospitalisation. L'établissement du Palace était réservé au service de chirurgie.

Au 1er janvier 1917, l'hôpital n° 10 avait admis, depuis son ouverture, 8.883 malades et blessés.

21e RÉGION

GRAY
Hôpital complémentaire n° 12


Gray, hôpital complémentaire n° 12. Entrée.

A été organisé le 2 août 1914, dans les locaux de l'école Notre-Dame-d'Arc 74, quai de Villeneuve. Cette formation comptait 75 lits.

Les malades disposaient en outre d'une installation confortable, de vastes jardins et dépendances qui en augmentaient l'agrément.

Après avoir fonctionné comme formation régionale, cet établissement hospitalier devint, en septembre 1917, un hôpital d'armée.

ÉPINAL
Hôpital complémentaire n° 19


Épinal, hôpital complémentaire n° 19. Institution Saint-Joseph. Vue extérieure.

Un grand hôpital de 650 lits fut installé en 1914, sous le nom d'hôpital complémentaire n° 19, dans deux établissements scolaires voisins, bâtis sur la rive droite de la Moselle, à mi-flanc du Point de vue. Cet hôpital comprenait entre autres services des divisions de médecine, de grande et petite chirurgie, ainsi qu'un service d'oto-rhino-laryngologie.

ÉPINAL
Hôpital complémentaire n° 18


Épinal, hôpital mixte Saint-Maurice.

L'hôpital mixte Saint-Maurice, d'Epinal, fut transformé pendant la guerre en hôpital complémentaire dirigé par le Service de Santé.

La disposition des lieux déjà adaptés à une utilisation sanitaire, se prêtait à cette transformation qui nécessita peu d'aménagements et 525 lits d'hospitalisation y furent aisément organisés.

L'hôpital Saint-Maurice, qui eut pour premier médecin-chef le Dr Sibille, rendit pendant la guerre de précieux services et eut une grande activité. Il reçut plusieurs services de médecine, de chirurgie, de neurologie et une division de contagieux.

LANGRES
Hôpital auxiliaire n° 3


Langres, hôpital auxiliaire n° 3. Façade de l'hôpital.

Le Comité de Langres de la Société de Secours aux blessés militaires installa dès le 5e jour de la mobilisation un hôpital auxiliaire dans un groupe d'écoles communales situé place de l'Abbé-Cordier. Cette formation comprenait 70 lits réservés aux malades et aux blessés légers et répartis dans 7 grandes salles bien aménagées.

L'hôpital n° 3 était dirigé par le Dr Pignerol, médecin-chef, fondateur du Comité de Langres de la S. B. M.

LANGRES
Hôpital auxiliaire n° 202


Langres, hôpital auxiliaire n° 202. Salle de malades.

L'hôpital n° 202 a été créé par l'Association des Dames Françaises, dans un vaste local appartenant à la Société des Écoles Saint-Martin de Langres.

L'hôpital auxiliaire 202 a été ouvert dès le 7 août 1914 et n'a été fermé qu'après l'armistice, en décembre 1918.

Cette petite formation fonctionna activement avec 42 lits réservés aux malades et blessés légers.

Directrice : Mme Dogny, présidente du Comité local de l'A.D.F ; administrateur : M. P. Forterre.



UN HOPITAL AUXILIAIRE

Tableau de Fargeot (Musée du Val-de-Grâce).



"MORT AU CHAMP D'HONNEUR"

Tableau de M. Paul PREVÔT, de la 22e Section d'Infirmiers Militaires.

(Prix et Médaille du Salon des Artistes français.)



CHAPITRE XXV

L'HÉROISME DU SERVICE DE SANTÉ

Le personnel du Service de Santé militaire, officiers, sous-officiers et soldats a su donner des preuves innombrables de dévouement et d'héroïsme.

Bien que « non-combattants » selon la convention de Genève, ils ont eu leur place dans la bataille ; poste d'honneur, dont ils se sont montrés dignes, à côté des armées.

La protection de la Croix-Rouge n'avait pas grande efficacité contre les balles, les éclats d'obus ou les gaz asphyxiants.

Il fallait un beau courage pour rester impassible devant la mort sans avoir l'excitation morale de l'idée de combattre. Bien des combattants ont avoué qu'ils n'auraient pas voulu être à la place des « embusqués » de la Croix-Rouge.

Nombreux furent les médecins ou infirmiers qui eurent à contenir leurs instincts et durent contempler stoïquement, mais la rage au cœur, leur main armée de la petite seringue de cristal qu'ils souhaitaient en vain échanger contre un bon fusil, voire des grenades.

Mais la Croix-Rouge leur interdisait de faire acte de combattant.

L'héroïsme du Service de Santé fut, pour ainsi dire, un héroïsme passif ; peu théâtral, certes, mais combien plus ardu que l'héroïsme actif du soldat qui part pour l'assaut.

Continuer avec calme à soigner les blessés des deux camps, amis et ennemis, panser et opérer sans un tremblement de main pendant que les obus et les bombes brisent les vitres de la salle d'opérations, aller relever des blessés dans les barbelés sous une grêle de balles ; n'écouter que le devoir et affronter les pires dangers de propos délibéré, voilà quels furent les actes habituels d'héroïsme du personnel du Service de Santé militaire.

Ne leur fallait-il pas aussi une grandeur d'âme peu commune à ces médecins, ces infirmières qui restaient volontairement au chevet des blessés, avec la certitude que l'ennemi allait venir et les faire prisonniers ? Ils savaient cependant, que cet ennemi implacable et de mauvaise foi ne respectait pas toujours la Croix-Rouge, que blessés, prisonniers, combattants ou non étaient souvent passés par les armes. Ils restaient quand même, et par leur fière attitude en imposaient aux ennemis. En captivité, beaucoup moururent, mais ils surent toujours revendiquer le droit et la justice, et leur influence évita bien des malheurs.

Nous voudrions pouvoir les citer tous, mais il faudrait un volume aussi gros que celui-ci. En outre, si l'on peut assez aisément rassembler les noms et les citations des héros morts au feu ou au service de la France, il est à peu près impossible de se documenter sur les survivants.

La guerre finie, chacun est retourné à son foyer, chacun a repris sa place dans la société, les uns sont redevenus Monsieur le Major, chargé de distribuer les exemptions de service, les autres se sont éparpillés dans les villes et les campagnes ; celui-ci a repris sa clientèle, celui-là soigne le jardin de son presbytère, cet infirmier vend des bicyclettes au village ; ce brancardier dirige sa ferme, voici un pharmacien qui fut un héros, dépouillé de tout uniforme, il pèse ses sirops et vend ses cachets sans que rien ne transparaisse sur sa figure paisible ; voilà un officier d'administration dont la bravoure était légendaire, cherchez-le, aujourd'hui il est instituteur sur les bords du Loir.

Même difficulté pour nos infirmières. Femmes du monde, mères de famille, bourgeoises, ouvrières, toutes celles qui furent les admirables auxiliaires bénévoles du Service de Santé, il n'en reste plus traces et quand on les recherche, leur modestie les rend introuvables.

Nous avons pu réunir certains documents sérieux en nous adressant aux groupements professionnels, aux écoles de médecine et de pharmacie, aux associations d'anciens combattants.

Les dossiers du Service de Santé et du Ministère de la Guerre nous ont également servi. Parmi tous ces renseignements incomplets, il a fallu choisir les traits les plus caractéristiques.

Nous espérons qu'on voudra bien nous excuser. Nous ne prétendons pas offrir un « Livre d'Or » complet (qui pourra jamais réaliser un tel monument ?) mais nous nous sommes efforcés de donner en conclusion à « Science et Dévouement » un aperçu de l'héroïsme du personnel du Service de Santé, par de nombreux exemples caractéristiques et variés.

Terminons cet avant-propos en rappelant les chiffres officiels suivants rapportés par M. le Médecin-Inspecteur Jacob, directeur de l'École d'application du Service de Santé militaire, dans son discours prononcé le 6 novembre 1919, à l'occasion de la réouverture solennelle de l'Ecole d'application du Service de Santé militaire au Val-de-Grâce.

Pourcentage des pertes du Service de Santé, au cours de la guerre :

1° Tués à l'ennemi :

Médecins	Médecins de l'armée active	3.34 %
	Médecins de complément	0.99 %
	Médecins auxiliaires	4.05 %
Pharmaciens	Pharmaciens de l'armée active	0.85 %
	Pharmaciens de complément	0.33 %
	Pharmaciens auxiliaires	0.81 %
Officiers d'administration	Officier d'administration de l'armée active	0.82 %
	Officier d'administration de complément	0.38 %

2° Morts de maladies contractées aux armées :

Médecins	Médecins de l'armée active	4.80 %
	Médecins de complément	3.71 %
	Médecins auxiliaires	5.34 %
Pharmaciens	Pharmaciens de l'armée active	4.27 %
	Pharmaciens de complément	2.15 %
	Pharmaciens auxiliaires	2.55 %
Officiers d'administration	Officiers d'administration de l'armée active	3.63 %
	Officiers d'administration de complément	3.50 %

« Le personnel officier du cadre actif a perdu 7,25% de son effectif, le personnel officier du cadre de complément 4,25 % ; enfin les médecins et pharmaciens auxiliaires 10,11 % ». Cela fait une moyenne de 5,83 % de tués à l'ennemi et de morts par maladies contractées aux armées. »

Ces chiffres ne se rapportent qu'au personnel officier. Si l'on tenait compte des pertes réelles du Service de Santé : officiers, soldats, infirmiers et infirmières, on arriverait à des pourcentages bien plus élevés.

N'avait-on pas calculé, après Verdun, que le Service de Santé venait tout de suite après l'infanterie dans le pourcentage des pertes ?

Morts ou vivants, tous ceux qui connurent la ligne de feu ont laissé dans le cœur des combattants le souvenir du dévouement, de l'abnégation, de l'héroïsme calme et souriant. Nul monument, nul écrit, ne vaudra jamais cet amour fraternel qu'on retrouve dans le cœur de tous les vrais « poilus » et qui survivra jusqu'à la disparition du dernier soldat de la Grande Guerre.

Comme l'a dit la belle citation du Val-de-Grâce, personnifiant le Service de Santé tout entier : « Ils ont acquis des titres impérissables à la reconnaissance de la nation ».

Dr PIERRE-LOUIS REHM.

TABLEAU D'HONNEUR

ADRIAN, médecin auxiliaire au groupe cycliste de la 2e division de cavalerie.

« Belle conduite au feu. S'est toujours tenu à proximité immédiate de la ligne de feu et est venu à plusieurs reprises y donner des soins aux chasseurs blessés. Est resté jusqu'à 21 heures, le 25 août 1914, sur le champ de bataille; ne l'a quitté qu'après avoir assuré les soins et le transport de 59 blessés du groupe cycliste; avait le même jour, avant l'engagement du groupe, donné ses soins à plus de 50 fantassins blessés de coups divers. »

AITOFF (Wladimir), médecin-major de 2e classe au 101e régiment d'infanterie.

« A excité l'admiration de son bataillon en pansant dans la tranchée, pendant un jour et une nuit, de nombreux blessés avec un dévouement inlassable. »

ALESSANDRI (Antoine), médecin-auxiliaire au 56me régiment d'infanterie coloniale.

« Depuis le début des opérations, en toutes circonstances, n'a jamais hésité à se porter dans les premières lignes. A été tué aux Dardanelles, le 12 décembre 1915, au cours d'un bombardement, alors qu'il prodiguait ses soins aux blessés sous un feu violent de l'ennemi. »

ALLARD (Georges-Félix), trois citations.

« Détaché au service d'assainissement d'un champ de bataille, n'a cessé d'assurer par sa présence constante, la surveillance des brancardiers dont il avait le commandement. A su donner à ses hommes, en plusieurs circonstances, un exemple de courage et de mépris du danger. A été pour son médecin-chef du groupe de brancardiers, un collaborateur très apprécié. Grâce à son travail, à sa conception nette des nécessités, à sa méthode, a fait face, avec succès et pour le plus grand bien des blessés, à de grandes difficultés. A fait preuve en outre d'une mâle énergie en assurant sous le bombardement, le 19 mai 1917, le service d'ordre et l'évacuation des blessés. Très bon officier, le 10 août 1917, sous un bombardement violent, par obus de gros calibre, de l'ambulance, s'est immédiatement porté au secours des blessés, a été à demi-enseveli et blessé aux genoux par une explosion. Sorti des décombres et malgré sa blessure, a dirigé l'installation d'un poste de secours, sans perdre de temps, faisant ainsi montre de beaucoup de bravoure, de sang-froid et de dévouement. »

ANATSITOS, médecin-major de 2me classe, au 71me régiment d'infanterie.

« Engagé volontaire pour la durée de la guerre et servant au titre étranger, ex-médecin principal de l'armée grecque. A trouvé, le 11 janvier 1915, une mort glorieuse en donnant des soins, près de la ligne de feu, à des blessés de son bataillon. »

ARBOGAST (Mme Sophie-Emilie), infirmière U.F.F.

« A fait preuve du plus grand dévouement près des malades contagieux et a été victime, au cours de son service, d'une piqûre septique grave.

ARBOGAST (en guerre : **ALLARD,** Alfred), médecin-aide-major de 1re classe. Hôpital 10/A., de Saales (Alsace). Deux citations. Légion d'honneur.

« Excellent médecin, alsacien d'un zèle et d'un dévouement au-dessus de tout éloge, ayant fait preuve depuis le début de la guerre de sentiments patriotiques très élevés qui lui ont fait franchir la frontière sous les balles allemandes pour venir mettre son courage et son dévouement au service de la France. A rendu avant et après la mobilisation des services exceptionnels avec un mépris complet du danger. »

ARDOIN, médecin-major de 1re classe, groupe brancardiers, 18me D. I.

« A, une fois de plus, fait preuve du plus grand courage et du plus beau dévouement, au cours d'un bombardement des plus violents qui a atteint le poste de secours, où plusieurs soldats furent tués ou blessés, transportant ses blessés sous le feu de l'ennemi et revenant ensuite au secours des blessés civils dont le bombardement avait détruit les maisons. »

ARMAND (Pierre-Jean), médecin-aide-major de 1re classe, 37e régiment d'infanterie coloniale.

« Jeune médecin d'un dévouement absolu qui s'est fait maintes fois remarquer au cours des opérations en Orient, par son mépris du danger. Pendant une épidémie, en novembre 1918, a fait preuve du plus grand esprit de sacrifice en se consacrant à ses malades, bien que dangereusement atteint lui-même, jusqu'à l'épuisement complet de ses forces. Décédé après la remise de la croix de chevalier de la Légion d'honneur, à Sistovo (Bulgarie.) »

ARRETEIG (Jean), officier d'administration de 2e classe, active, 21e C. A. Chevalier de la Légion d'honneur : 16 juin 1920. Une blessure et intoxication. Cinq citations.

« Officier d'un moral élevé, d'un courage et d'un sang-froid dignes d'éloges. A assuré personnellement la liaison avec les postes de secours d'infanterie. A effectué des reconnaissances hardies jusqu'au contact des lignes ennemies et a permis, par les renseignements rapportés, de sauver un groupe qui allait être encerclé et capturé. »

(*J. O.* du 15 octobre 1920).

ARRIBAT (Léon-Pierre-Marie), médecin-auxiliaire, 319e régiment d'infanterie.

« Médecin auxiliaire très brave. A fait preuve du plus grand dévouement et des plus belles qualités professionnelles pendant les attaques du 18 octobre 1918, au cours desquelles il a été blessé mortellement. Mort à Vaudey, (Ardennes). »

AUBERTIN (André-Jules-Ernest), médecin-aide-major de 2e classe, 60e régiment d'infanterie.

« A fait preuve depuis le début de la guerre, d'un dévouement, d'une abnégation et d'un courage qui ne se sont jamais démentis un seul instant. A enlevé des mains de l'ennemi un officier supérieur blessé le 8 septembre 1914 et, le 12 novembre à Vingré, est arrivé, sous le feu de l'ennemi, à ramener le corps d'un officier tué et 2 soldats blessés gravement. Le 29 septembre 1915 est venu en toute première ligne, sous un feu d'artillerie violent, donner ses soins à son chef de bataillon blessé. Tombé au champ d'honneur, le 21 février 1916, au bois des Caures. »

AUCLERT (Lucien-Théophile), médecin-auxiliaire, au 321e régiment d'infanterie.

« Du 13 au 25 septembre 1914, a passé toutes les nuits à relever un nombre considérable de blessés sous le feu de l'ennemi, donnant à ses brancardiers, le plus bel exemple d'activité, d'énergie et de bravoure. »

AUGIER (Adrien), médecin-aide-major de 1re classe, au 68e régiment d'infanterie.

« A, depuis le début de la campagne, fait preuve du plus beau sang-froid et du plus grand courage en établissant ses postes de secours aussi près que possible de la ligne de feu. Tué le 14 novembre 1914 à Saint-Julien (Meuse), par un obus, à son poste de secours. »

BABIN-CHEVAYE (Jean-Baptiste-Louis), médecin-auxiliaire au 52e régiment d'infanterie coloniale.

« Sur le front depuis la formation de son régiment, a toujours eu une très belle attitude au feu. A été mortellement blessé le 16 avril 1917, alors qu'avec un beau courage et un sang-froid remarquables, sous une grêle de balles, il se portait au secours de blessés derrière la vague d'assaut. Mort à Paissy (Aisne). »

BACHELET (Louis-Albéric), médecin-auxiliaire, au 222e régiment d'artillerie.

« Le 23 octobre 1917 détaché dans une batterie, s'est spontanément porté sur les positions avancées que devait occuper son groupe et y a trouvé une mort glorieuse. Déjà blessé en marchant à l'assaut avec l'infanterie dans la bataille de la Somme. Mort à Vaudesson (Marne). »

BADER (René), médecin-major de 2e classe, 8e tirailleurs de marche.

« Médecin de bataillon d'une modestie rare et d'une bravoure hors pair. Le 7 août 1916, en pleine attaque de nuit et le 8 août pendant une offensive de jour, est allé à maintes reprises sur la ligne de feu panser et relever les blessés ; s'est prodigué, malgré un bombardement des plus violents pour assurer leur évacuation et s'est ainsi signalé à l'admiration de tous, par son mépris absolu du danger. Mort à Courcelles (Aisne). »

BADET (Alfred), médecin-aide-major de 2e classe, au 133e régiment d'infanterie.

« Aussi modeste que vaillant, a renouvelé dans les derniers combats, les actions d'éclat qu'il avait déjà accomplies. S'est, au début de la campagne, porté à six kilomètres en avant de nos lignes pour soigner les blessés dans une localité que l'ennemi venait d'évacuer. A réussi, dans les combats antérieurs et dans les combats récents, à installer ses postes dans des endroits dangereux, sans y perdre un blessé. »

BAILLEUL (Jules-Alexandre), médecin-aide-major de 1re classe, au 123e régiment d'infanterie.

« Au cours des combats engagés devant Fleury (Meuse), en mai 1916, s'est dépensé sans compter pour soigner des blessés. Ayant reçu l'ordre d'avancer son poste de secours, s'est immédiatement porté en avant sous un violent tir de barrage. A été tué au cours de ce déplacement. »

BAILLY (Eugène-Louis), médecin-aide-major de 1re classe au 170e régiment d'infanterie.

« Médecin de grande valeur dont le courage impassible était pour tous un merveilleux exemple. A été tué le 4 mars 1916 alors qu'il allait en plein jour et à découvert reconnaître l'emplacement d'un poste de secours (Fleury, Meuse). »

DE BALESTRIER (Marcel), médecin-aide-major de 2e classe, au 50e régiment d'infanterie.

« A toujours fait preuve d'un courage et d'un sang-froid remarquables, d'un dévouement à toute épreuve. A été mortellement blessé le 16 octobre 1915, à proximité des lignes ennemies en guidant des brancardiers. »

BANCEL (Henri-Emile), sergent-brancardier au G. B. D. 18.

« Vient, pendant une période particulièrement difficile, de donner de nombreuses preuves d'un courage, d'une activité et d'un dévouement admirables. Malgré des bombardements violents, a su donner à ses hommes, en maintes circonstances, tout son entrain. »

BARBETTE (Louis-Gustave), pharmacien-aide-major de 2e classe, 2e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Trois citations.

« Officier d'une haute valeur morale, ayant fait preuve en toutes circonstances du plus réel mépris du danger. Toujours volontaire pour les missions périlleuses. Homme accompli du devoir. »

BARBUSSE (Henri), brancardier au 231e régiment d'infanterie.

« D'une valeur morale supérieure. S'est engagé volontairement pour la durée de la guerre. A refusé d'être versé dans la territoriale, malgré son âge et son état de santé. S'est toujours offert spontanément pour toutes les missions dangereuses et notamment pour aider à installer, sous un feu violent, un poste de secours avancé dans les lignes qui venaient d'être conquises sur l'ennemi.

BARDY (Gabriel-François-Ernest), médecin-auxiliaire au 216e régiment d'infanterie.

« S'est fait remarquer depuis le début de la campagne par son dévouement et une bravoure exceptionnelle. Le 20 juin 1915, a sauté le premier dans un entonnoir de mines pour y soigner des blessés. Le 2 juin 1916 est resté plus d'une heure sous un bombardement très violent pour dégager deux hommes pris sous un éboulement. A été tué à Verdun le 3 juin 1916 en procédant sous le bombardement au sauvetage des blessés renfermés dans un poste de secours incendié par l'artillerie ennemie. »

BARRAUD (Armand-Louis-Narcisse), officier d'administration de 2e classe active, troupes d'occupation du Maroc. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Trois citations.

« En l'absence d'un aide-major au groupe, a assuré les liaisons des postes de recul et surveillé l'exécution du service dans des circonstances particulièrement difficiles et périlleuses dans un secteur très bombardé occupé par la division, du 3 au 24 mai 1917 inclus. »

BARTHÉLÉMY (Mlle Germaine-Berthe), infirmière de la Croix-Rouge.

« Fait preuve depuis le début de la campagne du plus admirable dévouement. En septembre 1914 est allée avec son père chercher les blessés jusque sur le champ de bataille. Ne cesse, depuis 16 mois, de prodiguer jour et nuit aux blessés et malades dans les formations sanitaires les soins les plus dévoués et les plus touchants. Pendant les bombardements qui ont eu lieu; notamment le 27 novembre 1915, a montré le courage le plus rare, méprisant le danger pour elle et les siens et ne songeant qu'à courir à son hôpital pour réconforter ses blessés. »

BASPEYRAS (Jean-Pierre), pharmacien-aide-major de 1re classe, 12e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Quatre citations.

« Pharmacien de grand mérite ayant fait toute la campagne dans des formations sanitaires de l'avant. Tout entier à son devoir professionnel s'est fait remarquer par son insouciance du danger dans la lutte contre les gaz toxiques. »

BASTIEN (Charles-Ange-Albert), officier d'administration de 1re classe, commandant la 14e section S. M. Chevalier de la Légion d'honneur. Ordre du G. Q. G. no 931 D. du 22 mai 1915.

« Officier d'un zèle et d'un dévouement absolus. Atteint d'une fracture de côte, le 14 septembre 1914, a néanmoins continué son service; atteint d'un éclat d'obus le 22 novembre 1914, malgré deux interventions chirurgicales, a refusé de se laisser écavuer et a repris son service avant guérison. »

BATTUT-DROUON (Mme), infirmière à Arras.

« Malgré le danger, a apporté son plus actif et son plus généreux concours aux médecins de l'ambulance 3/17 et pendant le bombardement presque incessant de la ville d'Arras, a continué de jour et de nuit à prodiguer ses soins aux blessés et à les rassurer par sa belle humeur et son sang-froid. »

SŒUR BAZILIDES (Mlle Hoffmann, infirmière à l'hôpital de Thann).

« Malgré l'intense bombardement est demeurée constamment à son poste, soignant les blessés, sans se soucier des obus qui éclataient autour d'elle. »

BEAULIES (Maurice-Marie-Aimé), médecin-major de 1re classe, 44e régiment d'infanterie.

« Le 26 septembre 1915, apprenant que son colonel venait d'être blessé, s'est porté spontanément sur la première ligne sans se préoccuper du feu des mitrailleuses ennemies qui, en un instant, avaient mis hors de combat plusieurs officiers et hommes de troupe. A été tué en prodiguant ses soins à son chef. Mort à Saint-Hilaire-le-Grand, (Marne). »

BEAUREGARD (Henri-Jules), médecin-auxiliaire au 308e régiment d'infanterie.

« Durant l'attaque d'Ablaincourt (Aisne) s'est prodigué avec un remarquable courage, malgré le danger et l'intensité du bombardement. Est tombé mortellement frappé, victime de son dévouement. »

BEAUVAIS (Paul), officier d'administration de 2e classe. Ambulance 3/5.

« Officier qui a fait preuve, en maintes circonstances, d'un remarquable esprit d'initiative et d'un exceptionnel dévouement. S'est fait remarquer par son activité et son sang-froid en recherchant les blessés en des endroits battus par l'artillerie ennemie, hâtant leur évacuation par des moyens de transport rapidement organisés, notamment pendant les journées des 22 août, 6 septembre 1914 et dans la nuit du 2 au 3 septembre 1914. »

BECK (Pierre-Joseph), médecin-aide-major de 2e classe au 104e régiment d'infanterie.

« Médecin ayant en toutes circonstances fait preuve d'un dévouement et d'un courage exemplaires. Tombé glorieusement pour la France devant Auberives (Marne), le 6 juillet 1915. »

BELCASTEL (Mme la baronne de), infirmière de la S. S. B. M. de l'H. O. E. 32.

« Infirmière d'élite qui s'est particulièrement distinguée par son dévouement et son mépris du danger à Mont-Notre-Dame, en novembre 1917, et à Galliéra (Italie) en 1916. »

BELLOCQ (Bertrand-Philippe), médecin-aide-major de 2e classe. Ambulance 3/17.

« A fait preuve depuis le début de la campagne d'une activité et d'un dévouement remarquables. A Arras, malgré un bombardement très violent et presque incessant, a assuré avec un sang-froid digne d'éloges, le fonctionnement de son ambulance. »

BELMONT (Joseph-Ferdinand), capitaine au 11e chasseurs alpins.

« Médecin de profession, a demandé à servir dans les troupes combattantes. Excellent commandant de compagnie et entraîneur d'hommes, a fait preuve dans tous les combats de la plus belle bravoure et d'un sentiment très haut de ses devoirs de chef. Blessé grièvement le 28 décembre 1915 au cours d'un violent bombardement, a subi l'amputation du bras et a succombé le lendemain. »

BELUCOU (Léon), pharmacien-aide-major de 2e classe, 17e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Quatre citations.

« D'un grand mérite, s'est particulièrement distingué au cours de la campagne par ses brillantes qualités de courage et de sang-froid dans l'accomplissement rigoureux de son devoir. »

BENOIT (Alexis-Pierre), médecin-aide-major de 2e classe, 12e bataillon de chasseurs.

« Médecin d'un immense dévouement et d'un très grand courage; a assuré son service sous les bombardements les plus violents. Grièvement blessé alors qu'il soignait des blessés, bien que son abri fut rendu intenable par suite des émanations et des obus suffoquants. Mort à Gérardmer. »

BERNARD (Eugène-Victor), médecin-auxiliaire au 55e régiment d'infanterie.

« A été mortellement frappé le 15 juin 1915, au cours d'un bombardement, en allant, sous un feu de grosse artillerie, porter secours à un blessé. »

BERNARDBEIG (Jean), médecin-auxiliaire au 1er génie, compagnie 5/7.

« Apprenant qu'un officier était tombé asphyxié dans une galerie, a exposé généreusement sa vie en se précipitant à son secours. L'ayant découvert l'a ramené seul au dehors et lui a ensuite prodigué jusqu'à la limite de ses forces les soins destinés à le ramener à la vie. S'est exposé à nouveau dans des opérations de sauvetage. »

BERTAULT (Adrien-Raymond-Henri), pharmacien-aide-major de 1re classe, 3e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Quatre citations.

« Officier d'un dévouement et d'un zèle remarquables. A fait preuve durant toute la campagne de courage, d'initiative, notamment le 23 octobre 1917 en assurant la relève des blessés dans des circonstances très difficiles et très périlleuses. »

BESSOU (Jean-Marie), officier d'administration de 2e classe de l'armée territoriale du 17e corps d'armée. Une blessure, Une citation.

Ordre no 112 de la direction du Service de Santé des forces françaises en Italie du 3 janvier 1919 : « Officier du Service de Santé d'une haute valeur morale. Maintenu au front sur sa demande, a toujours assuré ses fonctions d'officier gestionnaire d'une ambulance divisionnaire avec le plus grand dévouement et une inlassable activité. A été blessé en 1916 par une bombe d'avion dans l'accomplissement de son service. »

BESANCENOT (Jean-Baptiste-François-André), pharmacien-aide-major de 2e classe, 8e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Trois citations.

« Pharmacien de complément qui a toujours rempli son devoir avec zèle, dévouement, bravoure, bonne humeur et gaîté. »

BERTHOD (Maurice-Jean-Félix), médecin-auxiliaire au 166e régiment d'infanterie.

« Très belle tenue à la bataille du 25 août 1914; blessé au bras a continué ses soins aux blessés jusqu'à la fin du combat. A fait preuve depuis le début de la campagne d'un dévouement et d'un zèle à toute épreuve, d'un complet mépris du danger, se portant fréquemment à la première ligne pour donner ses soins aux blessés. A été mortellement atteint le 30 juillet 1916 à Lihons (Somme) au cours d'un bombardement par obus de gros calibre, à son poste de secours. »

BERTIN (Mlle Paule), infirmière à Reims et Compiègne.

« A rempli ses fonctions avec intelligence et dévouement, exécutant les pansements avec une conscience au-dessus de tout éloge. A été atteinte de diphtérie. Est restée à son poste malgré les bombardements de grosse artillerie et d'avions. »

BERTON (Maurice-Fulbert), médecin-aide-major de 1re classe au 33e régiment d'artillerie.

« D'une bravoure et d'un dévouement qui depuis le début de la campagne font l'admiration de tous. A été maintes fois sur les lignes soigner et transporter des officiers et soldats blessés, malgré le feu le plus violent. Blessé une première fois le 22 septembre 1915. A accompagné un capitaine dans une reconnaissance des plus périlleuses en toute première ligne afin de pouvoir le soigner le cas échéant. Revenu sain et sauf, a été tué le 20 juillet 1918 sur une position de batterie. »

BERTRAND (Jean-Philippe), médecin-aide-major de 2e classe au 75e régiment d'infanterie.

« A fait preuve depuis le début de la campagne de qualités exceptionnelles de courage et de dévouement. Toujours en première ligne, blessé le 21 octobre et intoxiqué par les gaz, a refusé l'évacuation pour prendre part aux attaques du 23. S'est bravement comporté. Le 24 a été tué à Laffaux (Aisne). »

BERTRAND (Louis-Marcel-Henri), médecin-aide-major de 1re classe, au 111e régiment d'infanterie.

« Médecin d'un dévouement et d'une abnégation remarquables. Sur le front depuis le début de la campagne. Le 21 mars 1916, ayant eu les deux jambes broyées par un très gros obus, n'a pas voulu être transporté dans une ambulance avant d'avoir donné à ses brancardiers toutes les indications voulues pour soigner les soldats blessés en même temps que lui. A donné ses instructions avec un calme, une énergie, une simplicité qui ont fait l'admiration de tous ceux qui l'entouraient. Mort à Dombasle (Argonne). »

BEYNES (Edmond), médecin-auxiliaire, 12e section d'infirmiers G. B. C.

« A fait preuve du plus grand zèle et du plus entier dévouement au cours des travaux d'assainissement de tranchées particulièrement délicats, difficiles et dangereux. A été blessé grièvement le 23 août 1915. »

BILLOT (Georges-Emile), médecin-aide-major de 2e classe au 36e régiment d'infanterie.

« En campagne, n'a cessé, depuis le début de la guerre, de faire preuve d'un dévouement inlassable, se dépensant jusqu'à la limite de ses forces pour assurer ses soins aux blessés. A été atteint grièvement le 10 octobre 1916 dans l'accomplissement de son devoir. Déjà trois fois cité à l'ordre. Mort au Petit-Monthairons (Meuse). »

BIRR (Louis-Alexandre-Edouard), officier d'administration de 2e classe de l'armée territoriale du 7e corps d'armée. Une citation.

« A dirigé avec le plus grand sang-froid, sous des bombardements, la construction d'abris blindés pour l'établissement de postes chirurgicaux avancés à proximité immédiate des premières lignes et sur un terrain fréquemment battu par l'artillerie ennemie (Aspach et Michelbach). A eu une belle attitude au cours de bombardements par avions à Villers-Bretonneux (Somme) et des mois de juin à août 1918 à Beauvais assurant avec le plus grand sang-froid et collaborant activement au sauvetage des victimes. A montré le plus bel exemple de dévouement en donnant deux fois son sang pour sauver des blessés en danger de mort. »

BLAISE (Albert), officier d'administration de 2e classe. Chevalier de la Légion d'honneur du 28 décembre 1918. Deux citations.

« A donné maintes fois depuis le début de la campagne les preuves d'un grand courage en dirigeant lui-même, sous un feu violent, des équipes de brancardiers. Le 18 mars 1916, dans le secteur de



[illegible] en Champagne (1915)



Verdun, a conduit l'équipe de brancardiers qui a ramené le corps d'un officier tombé en avant des lignes à proximité de l'ennemi et a fait inhumer cet officier dans un cimetière voisin. »

BLANCHARD (Pierre-André-Jean), officier d'administration de 3e classe de réserve du G. M. P. Une blessure, Deux citations.
« Chef de section énergique et dévoué appelé à remplacer à sa batterie un officier blessé. S'est parfaitement acquitté de ses fonctions du 4 août au 31 octobre 1916, se rendant aux postes d'observation les plus dangereux pour régler le tir. A été grièvement blessé le 31 octobre 1916. »

BLANCHARD (Ernest-Hippolyte), officier d'administration de 2e classe (active). Armée française du Rhin. Une blessure. Deux citations.
« A, grâce à ses qualités de bravoure et de sang-froid, pris un ascendant très efficace sur les brancardiers divisionnaires et a participé à la relève et à l'évacuation rapide des blessés de la division ainsi qu'aux mesures d'assainissement du champ de bataille dans un secteur encore battu par l'artillerie ennemie. »

BLANCHE (René), médecin-aide-major de 1re classe, au 64e régiment d'infanterie.
« A montré ses qualités habituelles de courage, de dévouement et de sang-froid aux attaques du 25 septembre 1915 ; le 30 septembre s'est porté auprès des officiers blessés et les a pansés sous un bombardement violent. »

BLAZER (Georges-Justin-Louis), médecin-auxiliaire au 244e régiment d'infanterie.
« Envoyé le 13 août 1915 au 235e d'infanterie pour y assurer le service médical, fut emmené par l'ennemi, soigna pendant toute la nuit des blessés français, puis ayant réussi à s'évader, rejoignit son corps le 14. Mort le 20 août à Orbey (Alsace). »

BOCQUET (Jean-Marie), caporal à un groupe de brancardiers divisionnaires.
« Brancardier d'élite, d'un courage et d'un dévouement admirables ; le 4 juin est allé volontairement et en plein jour ravitailler en pansements et en objets de première nécessité un poste de secours très exposé et a pu remplir sa mission au prix de mille dangers, passant sous le tir des mitrailleuses et de l'artillerie ennemie, rampant d'un trou d'obus dans un autre et risquant cent fois la mort. »

BOILEAU (Joseph-Alexandre), officier d'administration de 3e classe. Ateliers généraux du Service de Santé. Médaille militaire.
« Serviteur modèle qui a eu une belle attitude au feu ; dans des circonstances difficiles, a entraîné les brancardiers sous ses ordres, ne s'occupant pas du danger pour lui-même. A assuré comme volontaire un service d'inhumations en première ligne et parfois en dehors des tranchées. »

BOISMARD (Emile-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 107e régiment d'infanterie.
« Médecin modèle de dévouement, d'une haute élévation morale et d'un calme courageux, a été tué en soignant sur la ligne de feu, un blessé pendant l'assaut des hauteurs Gettolo Alto, sur la Piave (Italie). »

BOLTANSKI (Mme Hélène) et **PERDON** (Mme Juliette), infirmières à Villers-Cotterets.
« Ont contribué avec le plus grand dévouement à soigner les malades et blessés, ne reculant devant aucune besogne. Au cours du bombardement du 17 juin 1915, virent éclater à moins de 10 mètres d'elles, un obus de 380 dont l'explosion les couvrit de terre ; n'en continuèrent pas moins, sans manifester aucune émotion, à donner leurs soins aux malades et blessés et ne consentirent à quitter l'hôpital qu'après son évacuation complète. »

BONJEAN, médecin-aide-major de 1re classe, au 31e régiment d'infanterie.
« Au combat du 11 décembre 1914, dans des circonstances très critiques, a fait preuve d'un rare courage professionnel et d'une rare énergie en allant relever les blessés sous une grêle de projectiles, jusque sur la ligne de feu, et veillant ensuite à leur transport avec un soin tout particulier. »

BONVALLET (Maurice), soldat brancardier au 94e régiment d'infanterie.
« Blessé très grièvement après avoir été, à deux reprises, sous un feu des plus violents, secourir un blessé, le panser et l'abriter de son mieux. Depuis le début de la campagne, est le modèle des brancardiers. »

BORIE (A.), médecin-major de 2e classe du 15e B. C. P. Quatre citations. Légion d'honneur.
« A installé lui-même son poste de secours et ses postes de refuge sur la ligne de feu et a montré pendant toutes les dernières opérations, une activité, un sang-froid et une bravoure au-dessus de tout éloge. S'est signalé brillamment au cours des dernières opérations, notamment le 1er août 1915, lors d'un bombardement violent qui a complètement détruit son poste de secours et au cours duquel il a réussi à sauver, par son sang-froid la plupart de ses blessés. Du 19 août au 2 septembre 1916 a réussi à assurer l'évacuation irréprochable de tous les blessés, dans un poste de secours soumis à un bombardement continuel d'obus asphyxiants. A pendant douze journées consécutives, du 21 octobre au 2 novembre 1916, assuré l'évacuation des blessés dans un poste de secours soumis tous les jours à un bombardement violent de pièces de gros calibre et d'obus asphyxiants. A montré une fois de plus son esprit d'initiative intelligente, son courage personnel et un dévouement sans bornes. »

BORRIEN (V.), pharmacien-major de 2e classe.
« Courageux et dévoué, s'est dépensé sans compter dans les formations sanitaires où il a servi, prodiguant ses soins aux blessés sous le bombardement, notamment à Sainte-Menehould, le 15 septembre 1915 et aux Islettes le 3 mars 1916. Médaille d'honneur en argent des épidémies. A fait preuve d'un inlassable dévouement dans les différentes formations auxquelles il a été affecté. A assuré personnellement le pansement de nombreux grands blessés et contracté une affection au cours de son service. »

BORNE, brancardier au 6e régiment d'infanterie coloniale.
« S'est signalé à maintes reprises par son dévouement ; a été grièvement blessé le 12 janvier 1915 en allant chercher et en ramenant en arrière, sous un feu violent, le corps d'un officier qui venait d'être mortellement touché. »

BOUILLARD (Louis), officier d'administration de 1re classe, ambulance 3 du 1er C. A. Colon, Officier méritant, très zélé ; s'est déjà distingué au cours de la bataille de la Marne en prenant le plus grand soin de ses hommes et de son matériel. Après les combats du 25 au 30 septembre et du 6 au 7 octobre, s'est aquitté avec beaucoup de courage et d'abnégation de l'identification des cadavres du champ de bataille sous le feu de l'ennemi. »

BOULARD (Joseph-Charles-Pierre), médecin-aide-major de 2e classe au 155e régiment d'infanterie.
« Engagé pour la durée de la guerre. Est venu au front sur sa demande. N'a cessé de montrer le plus grand dévouement et un mépris absolu du danger. A été tué à son poste de secours le 30 juin 1915 au bois de la Gruerie (Argonne) en donnant ses soins aux blessés. »

BOURDIER (L.-P.), médecin-auxiliaire à la Compagnie 6/4 du 6e génie.
« N'a pas hésité à installer son poste de secours à proximité des tranchées. A été atteint par un éclat d'obus le 11 mai 1915, à son poste, alors qu'il soignait les blessés. N'a consenti à se laisser évacuer que lorsqu'il vit ses forces l'abandonner. Déjà blessé en septembre 1914. »

BOURJADE (Clément), infirmier au 2e tirailleurs.
« Alors qu'un obus venait de tomber sur le poste de secours du régiment, blessant grièvement un infirmier et deux malades, a fait preuve de beaucoup de sang-froid et de dévouement en se portant immédiatement au secours des blessés et en faisant abriter les autres malades. »

BOURNET (Marie-Pierre-Joseph), médecin-aide-major de 2e classe au 130e régiment d'infanterie.
« Médecin d'un courage et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Du 25 au 28 mai 1917, s'est prodigué, en allant, malgré le bombardement des plus violents secourir des blessés jusqu'en première ligne. Le 4 juin a été tué à Moronvilliers (Marne) en allant secourir des blessés d'un corps voisin. »

BOZELLEC (Yves-Jean), médecin-auxiliaire au 15e bataillon de chasseurs.
« Blessé très grièvement en allant soigner des blessés sous un tir violent d'artillerie. »

BRESSON (H.-G.-J.), médecin-major de 2e classe, au 4e zouaves.
« A montré une énergie et un sang-froid au-dessus de tout éloge, veillant sous une grêle d'obus à l'évacuation des blessés, du personnel et du matériel et ne quittant le poste qu'après s'être assuré qu'aucun homme vivant n'y restait. »

BRILLE (Marcel-Jacob), dentiste de 2e classe. Gouvernement militaire de Paris. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Deux citations.
« Dentiste militaire de grand mérite qui, dans un régiment d'infanterie, a été pour son médecin chef un collaborateur des plus précieux, faisant à l'occasion fonction de médecin-auxiliaire, et coopérant aux évacuations des blessés avec un dévouement sans limite et un mépris absolu du danger. Trois blessures par éclat d'obus. »

BRUGEILLE (Henri-Emile-Jean), médecin-aide-major de 2e classe au 232e régiment d'infanterie.
« Plein de courage et d'entrain, très dévoué pour les blessés et malades, donnant en toutes circonstances l'exemple de la bonne humeur. A été grièvement blessé en première ligne le 14 septembre 1917. Est mort des suites de ses blessures le 1er novembre 1917, à Bordeaux. »

BRUNET (Antoine), pharmacien-aide-major de 1re classe, 9e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Cinq citations.
« Pharmacien de grande valeur militaire et professionnelle. S'est fait remarquer constamment par son courage et son sang-froid en dirigeant les équipes de brancardiers chargés de relever les blessés des postes de secours avancés sous les plus violents bombardements. »

BUBOIS (Jean), médecin-aide-major de 2e classe, au 62e régiment d'artillerie.
« Atteint le 10 juillet par un éclat d'obus lors d'un bombardement par obus asphyxiants et fortement contusionné, a tenu à vérifier lui-même les mesures de protection et ne s'est laissé évacuer que sur un ordre formel. Est mort quelques heures après, victime de son dévouement. »

BUCQUET (Joseph-Marie), médecin-aide-major, au 70e bataillon de chasseurs.
« Au cours du rude combat engagé le 30 septembre 1918, s'est prodigué sans compter, suivant constamment au plus près la progression des éléments les plus avancés, donnant à tous le plus bel exemple d'endurance, de sang-froid et d'abnégation. Est tombé mortellement à Ham (Somme), le 8 octobre 1918, immédiatement après la conquête définitive de la position. »

BUDIN (Pierre), dentiste de 2e classe, 2e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Une citation.
« Blessé grièvement en 1914, fait prisonnier, a pu, grâce à son énergie et son mépris du danger, s'évader en 1915 du camp de Nuremberg. A eu pendant sa captivité une attitude très noble. »

BURY (Armand-Achille-Adrien), pharmacien-major de 2e classe, 1er corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Deux blessures graves, Quatre citations.
« Officier du cadre complémentaire hors de pair, s'est fait remarquer en toutes circonstances par sa crânerie, son entrain et son mépris du danger sous les bombardements les plus violents. »

CADIOT, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie.
« Au combat du 22 août 1914, prévenu que son colonel était grièvement blessé, a été le panser sous un feu violent et a pu l'amener dans un village sur lequel les obus tombaient. »

CAHUZAC (M.-J.-L.-E.), médecin de 2e classe à bord du *Bouvet*.
« Mort victime de son dévouement. A cherché jusqu'au dernier moment à ranimer le lieutenant de vaisseau Boutroux. Asphyxié dans la tourelle 1, il a été entraîné avec le bâtiment. »

CANTON-BACARA (Mlle), infirmière à Vauxbuin (Aisne). Légion d'honneur.
« A fait preuve, d'un dévouement inlassable pour les blessés soignés à son ambulance ; a montré un courage exceptionnel, non seulement en séjournant dans une zone battue par l'artillerie allemande, mais encore en allant de sa propre initiative, relever les blessés sous le feu le plus violent. A rendu, en outre, les plus grands services à la cause française, étant restée à son poste pendant l'occupation allemande. Blessée par l'explosion d'un obus, en accomplissant son service dans des conditions qu'elle savait être dangereuses. »

CARLI (Charles-Pierre), médecin-aide-major de 2e classe au 247e régiment d'artillerie.

« A maintes fois prouvé son courage au feu. Le 26 septembre 1915, à pénétré un des premiers dans un fortin allemand âprement défendu et y a soigné les nombreux blessés tombés au cours de la lutte. Mort sur les positions de batterie à Verdun, le 17 octobre 1917. »

CARLIER (Louis-Clovis-Georges), médecin principal de 1re classe, directeur du Service de Santé, 5e région.

« S'est dépensé sans compter dans l'accomplissement de sa tâche jusqu'à l'extrême limite de ses forces. S'est particulièrement signalé au cours des attaques des 13 et 14 juillet en Argonne en dirigeant lui-même, sous un feu des plus violents, l'organisation des secours aux blessés. Mort à Paris-Plage des suites d'une maladie contractée au front. »

CARREL (Mme Alexis), infirmière à Compiègne.

« A dirigé à Compiègne l'installation d'un hôpital modèle et des laboratoires qui y sont annexés au nom de l'Institut Rockefeller. S'est dévouée aux blessés qui y sont traités et qui sont, par principe, sélectionnés parmi les plus graves ; est restée l'âme de cette formation malgré les bombardements de la ville par la grosse artillerie allemande. »

CARTERET (Henri-Alfred), pharmacien aide-major de 2e classe. Gouvernement militaire de Paris. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Deux citations.

« Officier énergique ayant fait preuve d'un grand dévouement. Blessé a continué de faire son service et n'a consenti à se laisser évacuer que vaincu par la fatigue et la maladie. »

CASSIDANIUS (Marcel-Jean), sous-aide-major au 137e régiment d'infanterie.

« Médecin de bataillon d'une conscience et d'un dévouement absolus, poussant la bravoure, jusqu'à la témérité. A été blessé mortellement en prodiguant ses soins à découvert, en pleine bataille à proximité de la ligne de feu le 1er octobre 1918, à Somme-Py. »

CAUJOLE (Paul), médecin-major de 2e classe, au 301e régiment d'infanterie.

« Chef de service de premier ordre, n'hésitant jamais à se porter en première ligne pour organiser les secours. Blessé d'une balle à la jambe le 22 décembre 1914, n'a pas voulu se laisser évacuer. Blessé d'une balle de shrapnell à la main, lors des derniers combats, a demandé de nouveau à ne pas être évacué et, malgré la douleur, a continué à panser ses blessés. »

CAUSERET (P.-J.), médecin-major de 2e classe, au 8e zouaves.

« Pendant la nuit du 11 mai 1915, apprenant que le régiment allait être relevé de 1re ligne, a demandé au lieutenant-colonel 150 hommes, à la tête desquels il a été, de sa personne, chercher les blessés, malgré un feu intense de mitrailleuses. Pendant les journées du 9 et 10 mai 1915, avait déjà assuré le service médical avec un zèle et un mépris du danger qui méritent récompense. Chef de service tout à fait remarquable. »

CAZAUVIELH (Marie-Bernard-André), sous-aide-major au 3e génie.

« Sous-officier de plus haute valeur morale et d'un courage à toute épreuve. Intoxiqué par les gaz au début d'un violent bombardement, ne cessa de se prodiguer autour des blessés de diverses armes ; apprenant qu'un agent de liaison, gravement blessé, était resté en arrière de la compagnie, accompagna spontanément ses brancardiers au milieu d'un tir de barrage d'une extrême violence et malgré l'approche de l'ennemi. A été tué en arrivant près de ce blessé à la Chapelle-Montholon (Aisne). »

CHABERT (Paul-Jean-Claude-Marie), médecin-major de 2e classe, à la 105e division d'infanterie territoriale.

« Au cours d'un violent bombardement, alors qu'un obus, éclatant dans la chambre où il soignait les blessés, l'avait atteint lui-même à la tête, n'en a pas moins continué à assurer son service médical, donnant ainsi un bel exemple de dévouement et d'énergie. »

CHAILLOU (Auguste-Jean), médecin-major de 2e classe, à l'ambulance 7/5.

« A sollicité et obtenu la périlleuse mission d'assainir un champ de bataille près des tranchées ennemies. A été tué la nuit pendant qu'il accomplissait sa mission à Vauquois (Meuse). »

CHAMPION (Mme Madeleine-Louise-Adèle, née Smith), de Nogent-sur-Marne, médaille de bronze des épidémies, médaille d'argent de la reconnaissance française, légion d'honneur.

« A fondé et entretenu, depuis le 30 août 1914, un hôpital de 72 lits dans sa propre maison à Nogent-sur-Marne, s'imposant ainsi tant des charges pécuniaires que des fatigues résultant de son concours assidu et personnel au fonctionnement de cette formation. N'a cessé de faire preuve du plus grand dévouement en prodiguant ses soins aux blessés et aux contagieux. »

CHAPELLIER (E.-A.), médecin-major de 2e classe, au 36e régiment d'infanterie.

« Dirige le service médical avec le plus grand dévouement. Se dépense toujours sans compter tant qu'il reste un blessé à soigner. A été touché à la tête le 22 juin 1915, alors qu'il revenait de porter ses soins en première ligne à deux officiers blessés. »

CHAPOTOT (Eugène), médecin-major de 2e classe au 96e régiment d'infanterie. Légion d'honneur.

« A rempli avec un dévouement et un zèle dignes de tout éloge, les fonctions de chef de service au 96e régiment d'infanterie du 19 septembre au 18 octobre 1914. Le 27 septembre, ayant reçu l'ordre de son chef de corps de se porter à Flirey, a réussi à y installer le poste de secours du régiment et à le faire fonctionner sous une pluie de balles et un bombardement intense. Eut ses vêtements déchirés par plusieurs éclats et fut atteint légèrement par l'un d'eux. Obligé de quitter son poste par suite de maladie a repris son service à peine guéri. A réussi à organiser à Lyon une organisation bénévole importante qu'il dirige d'une manière des plus satisfaisantes. »

CHAPPELLET (Eugène-Marie-Constant), officier d'administration de 2e classe de l'armée territoriale du 5e corps d'armée.

Citation à l'ordre du Service de Santé : « Maintenu sur sa demande après le repli de l'H. O. E. de Vasseny pour assurer le gardiennage de l'établissement et l'aiguillage des blessés. A donné un bel exemple d'énergie et de dévouement. Ne s'est replié qu'à l'arrivée imminente de l'ennemi, sous le bombardement et sur l'ordre formel qui lui en a été donné. »

DE CHARETTE DE LA CONTRIE (Louis-Henri-Emmanuel), médecin-major de 1re classe, au 26e régiment d'artillerie.

« Fortement indisposé le 19 août 1914, reste néanmoins à son poste. Le 22 août, au combat d'Ethes (Belgique), blessé de deux balles aux reins et à la cuisse demande qu'on enlève d'abord les autres blessés et dit à un lieutenant : « Laisse-moi et occupe-toi de tes échelons ». Transporté au poste de secours de Gomery est enlevé par les Allemands. Sous le prétexte mensonger qu'on a tiré des fenêtres, est fusillé avec d'autres blessés. »

CHASSARD, médecin-aide-major de 2e classe, au 175e régiment d'infanterie.

« Toujours sur la brèche depuis le début de la campagne, a assuré avec un zèle et un dévouement inlassables les pansements et l'évacuation des nombreux blessés, notamment pendant les 6, 7, 8 et 9 mai 1915, alors que le poste de secours du 175e était très à l'avant dans une région des plus exposées. »

CHASTENET (Charles), médecin-major de 1re classe. au Service de Santé d'une division territoriale.

« Depuis le début de la campagne, donne à son personnel l'exemple du plus grand dévouement. A été pour son détachement, dans des circonstances périlleuses, un modèle de sang-froid et de courage. »

CHATEAU (Mlle Marguerite-Gabrielle-Marie), infirmière, présidente du Comité poitevin de l'U. F. F. Légion d'honneur, médaille d'argent de la reconnaissance française.

« A pris l'initiative, dès août 1914, de diverses œuvres de bienfaisance et d'assistance sociales, a collaboré à l'organisation de l'hôpital 101 (145 lits) où ont été recueillis de nombreux blessés et a dirigé cet hôpital depuis 1917 ; s'est occupée en outre du Foyer du Soldat, du Souvenir Français, du Comité d'Assistance aux familles mobilisées, du Comité d'Assistance aux soldats réformés pour tuberculose. Dans ces multiples fonctions qu'elle a exercées avec un zèle inlassable, a été signalée par tous ceux qui l'ont vue à l'œuvre, comme un modèle de patriotisme et de dévouement. Par son généreux concours, a contribué pour une large part au soulagement des souffrances de nos glorieuses victimes. »

CHENU (Marie-Armand-Robert), médecin-aide-major de 1re classe au 414e régiment d'infanterie.

« Jeune médecin ayant la plus belle conception du devoir, d'une calme bravoure, s'est prodigué sans compter pendant le violent bombardement d'un village qui causait des pertes à son unité, dédaignant le danger, portant ses soins aux blessés dans les endroits les plus dangereux. Mortellement blessé à son poste de secours à Westoutre (Belgique), le 25 avril 1918. »

CHEROUVRIER (L.-L.-J.), médecin-auxiliaire au 36e colonial.

« Blessé très grièvement le 18 février en donnant ses soins aux blessés sous un feu violent d'artillerie, blessure entraînant l'amputation des deux jambes. Mort des suites de ses blessures. »

CHEVRIER (Mme Albert).

« Dans les formations sanitaires depuis le début de la campagne, s'est toujours fait remarquer par son zèle et son dévouement inlassables. S'est présentée volontairement pour soigner les contagieux dans un centre situé en territoire ennemi, destiné à recevoir nos soldats rapatriés, y a contracté, au chevet des malades une affection grave à laquelle elle a succombé. »

CHEVRIER (Mlle Edmée), infirmière à Froidos.

« Infirmière modèle, se dépense sans compter auprès des malades et des blessés depuis le début de la guerre et depuis un an dans les formations de l'avant. Au moment du bombardement par avions de la formation (24 septembre 1917) est restée auprès de ses blessés, et par sa ferme attitude, a contribué fortement à les rassurer. Décédée à Rastadt de la même maladie que sa mère, contractée au chevet des blessés, le 19 février 1919. »

CLÉMENT (Fernand-Nazaire), médecin-major de 2e classe. Direction du service de santé d'un groupement. Deux citations. Légion d'honneur.

« N'a cessé, pendant les vingt-six premiers mois de cette guerre, de rendre les services les plus précieux par son zèle expérimenté, son activité, ses efforts de tous les instants, le dévouement qu'il a montré maintes fois dans la visite de certains points exposés du secteur où l'appelaient ses fonctions. Blessé le 4 juin 1917, a donné un bel exemple d'énergie et d'abnégation, en négligeant ses blessures pour ne songer qu'aux soins à donner à des intoxiqués dont l'état de santé lui inspirait des inquiétudes. Chirurgien de valeur qui n'a cessé de rendre, depuis le début de la campagne, les services les plus signalés par son zèle et son dévouement.

CHRÉTIEN, médecin-aide-major de 1re classe au 171e régiment d'infanterie.

« Depuis le début de la campagne, s'est signalé par son courage et son insouciance du danger, parcourant chaque jour les tranchées et pansant les blessés sous le feu. S'est distingué notamment aux combats des 1er, 2, 3, 4 octobre et 27 et 28 novembre ; blessé le 8 janvier, alors qu'il se portait au secours d'un homme grièvement blessé, a refusé de se faire évacuer, donnant ainsi le plus bel exemple d'énergie et de dévouement. »

COFFART (G.-S.), médecin-aide-major de 1re classe au 65e bataillon de chasseurs à pied.

« Commotionné par un obus au poste de secours, évacué, a, sur sa demande réitérée, été affecté à l'âge de 40 ans, au 65e bataillon de chasseurs et a ainsi fait partie d'une formation beaucoup plus active que celle à laquelle il devait être normalement affecté. N'a cessé de prouver un inlassable dévouement, risquant plusieurs fois sa vie, près des premières lignes pour mieux soigner les chasseurs du bataillon. »

COMPAIN (Henri-Pierre-René), médecin-major de 2e classe, adjoint au médecin divisionnaire, division du Maroc, no 27. Trois citations.

« A montré la plus grande énergie et le plus grand dévouement pendant les journées du 8 au 12 mai. Médecin qui n'a cessé de se signaler depuis le début de la campagne par son énergie calme et son inlassable dévouement. Au cours des attaques de juillet 1916, a contribué par son activité et son mépris du danger à l'évacuation rapide des blessés dans des conditions que le bombardement incessant par l'ennemi rendaient difficiles et périlleuses. S'est particulièrement distingué en assurant la liaison entre les divers éléments du service de santé et n'a pas hésité à se porter tout à fait en avant le 8 et 13 décembre 1917, pour exécuter des reconnaissances en vue de l'évacuation des blessés, et cela dans des conditions très difficiles et malgré un bombardement parfois très violent. »

CONCHON (Etienne-Antoine-René), officier d'administration de 3e classe de réserve des T. O. M. Deux blessures, deux citations dont une à l'ordre de l'armée.
« Chef de section d'une belle bravoure. Le 18 octobre 1918, lors de l'attaque des positions ennemies, chargé de couvrir sa compagnie sur sa droite a brillamment porté sa section sur ses emplacements. A encore avancé sa ligne pour faire face à un village puissamment fortifié et d'où l'ennemi tentait de le tourner. A maintenu sa position en repoussant toutes les tentatives. Sérieusement blessé au cours de l'action. »

SŒUR CONSTANCE (Mme Crospal), religieuse à l'hospice de Badonviller.
« Pendant les trois occupations allemandes successives de 1914, assistée des sœurs de l'hospice, sœur Céline, sœur Candide, sœur Euphrosine, sœur Saint-Albert, sœur Augustin et sœur Mathilde, est restée courageusement sur la brèche nuit et jour, en dépit du danger et s'est multipliée avec un admirable dévouement. »

CORBASSON (Paul-Louis), pharmacien aide-major de 1re classe à titre temporaire. Gouvernement militaire de Paris. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Deux blessures. Deux citations. »
« A donné les plus belles preuves d'énergie et de dévouement en soignant les blessés sur la ligne de feu et en assurant leur relève dans les conditions les plus difficiles. »

CORDEY (Jean), brancardier au 167e régiment d'infanterie.
« Sous un bombardement violent d'artillerie, a prouvé pendant trois jours et trois nuits un courage et un dévouement inlassables en allant chercher sur les lignes de feu, ses camarades blessés et en leur prodiguant ses soins. »

COSTILHES (Louis-Georges), officier d'administration de 2e classe, 9e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Trois citations.
« Les 6 et 7 avril 1918 s'est porté en avant sous un feu violent d'artillerie et de mitrailleuses pour faire relever les cadavres des braves tombés sur le front de la division, leur assurer une sépulture et recueillir leurs successions. »

COUROUBLE (Achille-Auguste), médecin-aide-major de 2e classe au 243e régiment d'infanterie.
« A toujours fait preuve d'une audacieuse témérité. Aux combats du 10 juin, s'est porté au secours des blessés dans la tranchée conquise soumise à un très violent bombardement ; blessé à la tête de plusieurs éclats d'obus, a continué à assurer son service. Dans la nuit du 14 au 15 juin, commandé pour aller relever les cadavres, a été tué en arrachant des fils de fer, sur le champ de bataille, le corps d'un lieutenant du régiment à Hébuterne (Pas-de-Calais). »

COURT (Pierre), médecin-auxiliaire, au 9e génie.
« D'une bravoure héroïque, faisant preuve en toutes circonstances du plus profond mépris de la mort. A été tué par une mitrailleuse, à 30 mètres de la tranchée ennemie, pendant l'assaut du 25 septembre 1916, à Raucourt (Somme) au moment où il soignait un sapeur grièvement blessé. »

COURTELLEMONT (Victor-Gustave), médecin-aide-major de 2e classe au 121e régiment d'artillerie.
« Médecin hors de pair, professeur à l'École de médecine d'Amiens. Agé de 41 ans a réclamé de passer au service armé et a insisté pour faire campagne. Classé au 5e groupe du 121e d'artillerie lourde, a voulu assurer lui-même le service médical sur les positions, malgré la présence d'un médecin auxiliaire. A été tué à son poste de secours à Maurepas (Somme), le 16 octobre 1916. »

COUTAUD, médecin-auxiliaire de la compagnie du génie de la 19e D. I.
« Le 5 octobre 1914 a, sous une rafale d'artillerie, quitté un abri pour aller soigner un blessé qui venait de tomber ; a été immédiatement atteint assez grièvement de cinq balles. »

COUTET, (Emile), médecin-aide-major au 59e régiment d'artillerie.
« A fait preuve, en maintes circonstances, du plus beau courage et du plus grand sang-froid, notamment le 14 septembre 1914 où il a pansé sur place, sous un feu violent d'artillerie, quatre servants blessés à leur pièce ; a reçu lui-même deux blessures au cours de cette opération. Le 13 février étant aux tranchées de première ligne, a donné sur place les premiers soins à un officier blessé à ses côtés. »

CRENEAU (Théophile-Louis), officier d'administration de 2e classe. Médaille militaire avec Croix de guerre avec palme.
« S'est acquitté depuis le début de la campagne avec un zèle digne des plus grands éloges de ses fonctions de brancardier. A pris part à toutes les opérations de relève de blessés, soit de jour, soit de nuit et a, par son attitude énergique, entraîné les brancardiers dans leur tâche pénible et parfois périlleuse. »

CULAU (Louis), médecin-major de 1re classe, chef à l'hôpital temporaire n° 10. Amiens.
« A organisé un service de fiévreux et créé un hôpital de 500 lits. Dévouement rare, est resté pendant l'occupation allemande, à son poste pour soigner nos blessés. »

CUVILLIEZ (Jean-Maurice), médecin-aide-major de 1re classe, au 260e régiment d'infanterie.
« Blessé gravement à la figure par un obus, renversé ensuite par un autre projectile de gros calibre, a donné les preuves du plus grand courage en essayant de panser quand même les blessés. Mort à Névoselain (Serbie). »

DAIGRE (Marie-Joseph-Ferdinand-Charles), pharmacien-aide-major de 2e classe au 9e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Quatre citations.
« Pharmacien aide-major de tout premier ordre. A fait preuve dans des circonstances les plus difficiles d'un dévouement inlassable et d'un esprit de sacrifice admiré de tous. »

DALLIÈS (Jean-Jules), dentiste auxiliaire de réserve au 18e corps d'armée. Une blessure (intoxication). Deux citations. Médaille militaire accordée par arrêté du 17 octobre 1921 à compter du 16 juin 1920.
« N'a cessé de montrer le plus grand dévouement en soignant les blessés sous le feu particulièrement violent lors de l'attaque du 15 juillet où il a pansé une centaine de blessés et assuré leur évacuation sur le poste de secours. Déjà cité. »

DALPHIN (Henri-Camille), médecin principal de 2e classe à la 7e région.
« D'une haute valeur professionnelle et d'un entier dévouement. Parti à la mobilisation comme commandant du groupe de brancardiers du 7e corps d'armée, a pris part aux opérations actives de cette grande unité en 1914 et 1915, s'est signalé en juin 1915 aux opérations de Quennevières avec la 37e division à laquelle ses brancardiers avaient été adjoints. »

DAVID (Gaston-Maurice), officier d'administration de 2e classe de réserve du 5e corps d'armée. Trois citations.
« A donné des preuves constantes de courage et de sang-froid ; s'est particulièrement fait remarquer pendant les bombardements renouvelés de l'hospice de X... du 1er juin ; plus tard en se rendant presque journellement en première ligne, dans les postes avancés de brancardiers. »

DEBRAY (Jacques-Emile), médecin-aide-major de 1re classe, au 274e régiment d'infanterie.
« A pris part à toutes les opérations de la campagne avec le régiment. Déjà cité à l'ordre du corps d'armée pour sa bravoure et son dévouement. S'est prodigué sans compter pour l'exécution consciencieuse de son service. Frappé très grièvement, le 4 février 1916, en donnant ses soins aux blessés. Mort peu après à Harbonnières (Somme). »

DECREUSE (Isidore-Claude), médecin-auxiliaire au 47e bataillon de chasseurs alpins.
« A toujours fait preuve d'un dévouement absolu et d'une superbe conduite sous le feu. Le 17 juin, s'est porté jusqu'aux fils de fer ennemis, en terrain découvert, pour ramasser un blessé qu'il a ramené dans nos tranchées sous le feu de l'adversaire. Tué à l'Hartmanweilerkopf, le 3 janvier 1916. »

DEISS (Charles), caporal-infirmier au 172e régiment d'infanterie.
« A toujours montré le plus grand dévouement dans l'exercice de ses fonctions. Le 26 septembre 1915, chargé d'une mission de liaison, a été atteint d'un éclat d'obus qui lui a brisé le maxillaire et enlevé l'œil droit. A tenu à s'acquitter de sa mission par gestes avant de vouloir être pansé. »

DELAHOUSSE (Jean), médecin-major de 2e classe, chef des brancardiers d'une division.
« A fait preuve des plus belles qualités d'énergie, de calme et de courage, en assurant avec un personnel et un matériel réduits le relèvement et l'évacuation de nombreux blessés. A poursuivi sa mission nuit et jour, se portant partout où sa présence était nécessaire, sans compter la fatigue ni le danger. Blessé le 2 septembre 1915. Mort à Quimper, le 13 septembre 1918. »

DELAPLANCHE (Jean-Marie-Joseph), officier d'administration de 2e classe du 10e corps d'armée. Trois citations.
« Chef d'une section topographique de division s'est au cours des journées de combat du 19 au 25 juillet 1918, porté chaque matin aux avant-postes et sous les feux croisés des mitrailleuses allemandes, a parcouru la ligne des trous d'obus occupés par nos éléments avancés relevant leurs emplacements et recueillant en même temps des renseignements précieux sur la ligne ennemie et son mode d'occupation. »

DELMAS (Paul), médecin-major de 1re classe au 102e régiment d'infanterie.
« Depuis le début de la campagne a fait l'admiration de tous, officiers et soldats, par son dévouement inlassable : tous les jours de combat, il se tient en permanence sur les lignes de feu cherchant à panser et évacuer les blessés sans s'occuper des projectiles qui tombent autour de lui. Est resté deux jours et deux nuits caché dans les lignes ennemies et a pu rejoindre son régiment. Dernièrement est resté dans un village, malgré le bombardement qui a complètement détruit ce village, risquant à chaque instant sa vie pour secourir les blessés. »

DEL PELLEGRINO (François), médecin-aide-major au 62e régiment d'infanterie.
« A donné le plus louable exemple de courage et de solidarité en se portant le 21 septembre 1915 vers une batterie d'un régiment autre que le sien, soumise à un tir extrêmement violent d'obus de gros calibre et a contribué à sauver l'un des trois officiers de cette batterie qui venaient d'être ensevelis sous un abri défoncé. S'était déjà distingué à plusieurs reprises au cours de la campagne et notamment le 10 juillet 1915, en portant secours à des blessés sous un feu intense. »

DEMAIN (Charles), médecin-aide-major de 1re classe au 230e régiment d'infanterie.
« A montré le plus grand sang-froid et plus grand mépris du danger en prodiguant ses soins dévoués à de nombreux blessés sous un bombardement extrêmement violent. Un obus étant tombé sur la maison où était installé son poste de secours a, par son calme, maintenu tout son personnel à son poste en continuant à soigner les blessés. Est venu au front sur sa demande depuis le début de la campagne. A montré à maintes reprises le plus grand mépris du danger. »

DEMERLIAC (Marie-G.-Marcel), médecin-major de 2e classe au 78e régiment d'infanterie.
« Aussi brave au feu que compétent dans son service. Est allé le 28 août 1914, chercher sous les balles ennemies, le corps d'un capitaine qu'il a rapporté. Les 25-26 septembre 1915, s'est prodigué en allant plusieurs fois jusque dans nos tranchées les plus avancées avec un entrain, un calme et un sang-froid admirables pour veiller à la bonne exécution de son service et a obtenu des résultats tout à fait remarquables. »

DENARIÉ (Camille), médecin-auxiliaire au 28e bataillon de chasseurs.
« Sur le front depuis le début de la campagne ; a assuré son service dans des conditions particulièrement dangereuses avec un courage au-dessus de tout éloge. A plusieurs reprises, s'est porté volontairement au secours de blessés dans les tranchées de première ligne, malgré le bombardement. »

DERCLE (Charles), médecin-major de 1re classe au 28e régiment d'infanterie.
« A prouvé, dès le début de la campagne, une activité inlassable, un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge. A été blessé très grièvement le 30 août 1914, au moment où il s'était porté près de la ligne de feu pour assurer la bonne exécution de son service. »

DESTOUCHES (Raoul), médecin-auxiliaire au 4e bataillon de chasseurs.
« Sérieusement blessé à la tête et à la cuisse par un obus ayant éclaté dans le poste de secours, a soigné un brancardier atteint en même temps qui

lui, est resté à son poste continuant son service et a refusé de se laisser évacuer. Tué à Douaumont, le 25 février 1916. »

DEVRAY (Mme Jeanne), infirmière militaire titulaire de 2e classe, au C. H. d'Estrées Saint-Denis.
« A fait preuve d'un dévouement inlassable et d'un beau sang-froid pendant toute la période du fonctionnement intensif du centre hospitalier et en particulier lors des bombardements auxquels sa formation a été soumise. Médaille d'honneur en argent des épidémies pour son zèle et son dévouement remarquables auprès des malades contagieux. »

DÉZON (Paul), médecin-major de 2e classe, au 43e régiment d'artillerie.
« Se trouvant le 30 octobre 1915 de passage dans un cantonnement bombardé, n'a pas hésité à se porter sous le feu de l'ennemi pour relever des hommes d'autres corps qui venaient d'être blessés et leur prodiguer les soins nécessaires, donnant ainsi un bel exemple du mépris du danger et de haut sentiment du devoir. »

DIDIER (Pierre), médecin-auxiliaire au 26e régiment d'infanterie.
« N'a cessé, depuis le début de la campagne, de faire preuve des plus hautes qualités de dévouement professionnel et d'audace en toutes occasions, et notamment le 18 octobre 1914 en allant de jour, en rampant, sur un terrain battu par des mitrailleuses ennemies, panser des blessés dans une tranchée récemment conquise. S'est dépensé sans compter pendant le combat du 30 juillet 1916. Dès la tombée de la nuit, s'est glissé jusqu'aux défenses ennemies, malgré les rafales de mitrailleuses, pour panser des blessés et diriger les équipes de brancardiers chargés de leur relève. »

DIDIER (Pierre-Eugène), capitaine gestionnaire du G. B. 4e brigade marocaine.
« A demandé à partir pour le front alors qu'il pouvait rejoindre son poste en Indo-Chine. A fait son devoir avec sang-froid, bravoure et activité en se portant constamment sur la ligne de feu pour procéder à l'identification et à l'inhumation des soldats tués. A été blessé grièvement le 11 mai 1915, par un éclat d'obus. »

DIDRY (Lucien), médecin-major de 2e classe au 17e bataillon de chasseurs.
« Médecin très dévoué. Atteint le 19 septembre 1915, à son poste de secours de blessures multiples s'est occupé de ses blessés, une fois revenu à lui et n'a voulu être évacué que le dernier. A donné un bel exemple de courage et de dévouement. Mort à Paris, le 27 octobre 1917. »

DIFFRE (Henri), médecin-major de 2e classe au 15e régiment d'infanterie. Trois citations.
« A fait preuve depuis le début de la campagne, des plus belles qualités de bravoure, d'énergie et de sang-froid. Son initiative intelligente, son dévouement, sa fermeté, sa décision, ont contribué pour une large part à l'excellente organisation sanitaire du régiment, dans les nombreux engagements auxquels il a pris part. Du 2 au 14 août 1916, pendant toute la période de combats, n'a cessé de se prodiguer sans compter. D'un dévouement inlassable, connaissant à fond son service, l'a dirigé d'une façon parfaite et a réussi à faire relever, panser et évacuer tous les blessés pendant cette période difficile. Pendant les attaques des Flandres, du 3 au 15 mai 1918, a assuré son service d'évacuation de blessés d'une façon parfaite avec le plus grand dévouement. Commotionné par un obus et alité, à tenu à rester à son poste de secours violemment bombardé jusqu'à la relève.

DILLENSEGER (René), aide-major au 351e régiment d'infanterie.
« Installé à son poste de secours dans un village soumis à un bombardement des plus violents, a assuré pendant trois jours et trois nuits le pansement et l'évacuation de nombreux blessés ; est allé de sa personne, guidant les brancardiers, ramasser des blessés sous des rafales d'obus de tous calibres. N'a quitté son poste de secours qu'après l'évacuation du dernier blessé. Médecin très dévoué et d'un sang-froid extraordinaire, ayant montré en toutes circonstances un courage vraiment remarquable. »

DORMOY, médecin-auxiliaire au 1er régiment d'infanterie coloniale.
« S'est distingué par son courage et son dévouement en aidant son chef de service à assurer, sous un feu violent, le fonctionnement d'un poste de secours. »

DREUX (Louis-Julien), officier d'administration de 2e classe de réserve du 4e corps d'armée. Trois citations.
« Toujours volontaire pour les missions périlleuses. Pendant l'attaque du 10 août 1918, sur Moreuil, assurait personnellement la relève des blessés aux points les plus bombardés et, à la suite de l'avance du 1er au 10 septembre 1918, sur Vauxaillon, a identifié sans repos plusieurs milliers de cadavres appartenant aux unités les plus diverses. Exemple constant pour ses hommes de belle humeur, d'endurance, et de mépris du danger. »

DREVON (Jacques-Emile), médecin-aide-major, au 70e alpins.
« Au cours d'un rude combat le 12 août 1916, a suivi l'attaque de près, est venu installer son poste de secours en 1re ligne ; a assuré les soins et l'évacuation des blessés dans deux postes bombardés successivement. A eu la face brûlée par l'explosion d'un projectile de très gros calibre, n'a consenti à se laisser évacuer que le lendemain. Mort à Paris, le 1er novembre 1918. »

DROUARD (Henri-Désiré), médecin-major de 2e classe au 329e régiment d'infanterie. Trois blessures. Quatre citations.
« A fait preuve, à maintes reprises des plus belles qualités d'énergie, de dévouement et de sang-froid en soignant les blessés sous le feu de l'ennemi. Blessé au cou par une balle et un éclat d'obus, au moment où une attaque allait se déclencher, a refusé de quitter son poste. Pendant la nuit a soigné 200 blessés et n'a quitté son poste au matin que sur un ordre formel pour aller se faire extraire son éclat d'obus. A rejoint son régiment deux jours après. A été atteint gravement le 13 juillet 1916 en se portant au secours des blessés sous un bombardement d'une extrême violence. Mort à Harbonnières (Somme) le 15 juillet 1915. »

DUBODEL (G.), brancardier à la 58e division.
« Cité à l'armée pour le sang-froid, le zèle, le dévouement qu'il a montrés en accomplissant son service sous le feu le plus violent. »

DUBOIS (Jean-Georges), médecin-aide-major de 2e classe au 62e régiment d'artillerie.
« Ne cesse de se prodiguer et de donner le plus bel exemple, se porte toujours aux endroits les plus exposés. A prodigué son dévouement avec la plus grande bravoure. Atteint le 10 juillet 1916 par un éclat, lors d'un bombardement par obus asphyxiants et fortement contusionné, a tenu à vérifier lui-même les mesures de protection des batteries et ne s'est laissé évacuer que sur ordre formel. Est mort quelques heures après victime de son dévouement à Dugny (Meuse). »

DUCERF (Louis-Marie), médecin-major de 2e classe, au 255e régiment d'infanterie.
« Remarquable par son entrain, sa bonne humeur et son dévouement. Toujours sur la brèche depuis le début de la guerre. A montré dans toutes les circonstances où le régiment s'est battu le plus beau mépris du danger en s'exposant au feu pour soigner les blessés. »

DUMAS (André-Henri), médecin-aide-major de 1re classe au 60e régiment d'infanterie.
« Modèle de bravoure et de dévouement. Au front depuis le début de la campagne, a été cinq fois cité à l'ordre. Le 16 avril 1917 a reçu une troisième blessure grave alors que, dans une zone violemment battue, il soignait un officier blessé. Mort le 25 juillet 1918, à Bussiares (Aisne). »

DUMAS (Antoine-Félix), médecin-aide-major de 2e classe au 164e régiment d'infanterie.
« D'un dévouement à toute épreuve. Au cours des combats de juin et juillet 1918, s'est dépensé sans compter dans les circonstances les plus difficiles. Le 31 juillet au cours d'un bombardement par obus toxiques, a fait preuve de la plus belle abnégation en soignant les intoxiqués bien qu'il fût lui-même grièvement atteint. Mort des suites de cette intoxication. Déjà cité. »

DUMOULIN (Louis-Eugène), médecin-major de 2e classe au 12e bataillon de chasseurs.
« D'un dévouement inlassable, se dépensant sans compter pour assurer dans les meilleures conditions possibles l'évacuation des blessés de son régiment. Tombé glorieusement à l'ennemi en assurant son service le 16 septembre 1916. Etait chevalier de la Légion d'honneur et titulaire de quatre citations des plus élogieuses. »

DUPECHEZ (André), médecin-auxiliaire au régiment de tirailleurs marocains

« Blessé grièvement le 5 octobre 1915 dans un poste de secours avancé, est resté étendu sur un brancard pendant quatre heures, continuant à diriger ses infirmiers et à soutenir leur moral par sa présence en attendant son remplacement. Etait revenu sur le front, à peine guéri d'une première blessure. »

DUPUY (Raoul), médecin-aide-major de 1re classe au 51e régiment d'infanterie.
« A fait preuve du dévouement le plus absolu en se prodiguant au milieu des points de chute de projectiles. A été grièvement blessé au moment où, penché sur un homme qui venait d'être atteint, il s'apprêtait à le panser. Mort le 22 août 1914, à Montmédy. »

DURANTON (Louis-Antoine), médecin-auxiliaire au 2e tirailleurs de marche.
« A suivi son bataillon jusqu'aux lignes ennemies à l'attaque du 15 juillet 1916, donnant à tous le plus bel exemple de courage et de dévouement. A été très gravement blessés au cours de l'attaque. Mort à Dugny (Meuse), le 27 juillet 1916. »

DURBEC (Antoine-Roger), officier d'administration de 1re classe, armée française du Levant. Chevalier de la Légion d'honneur Une blessure. Deux citations à l'ordre de l'armée,
« Officier d'administration d'une extrême énergie et d'un remarquable sang-froid. A toujours fait preuve d'une heureuse initiative dans les missions périlleuses qui lui étaient confiées. S'est montré particulièrement actif et courageux au moment des derniers combats où il a collaboré à l'évacuation des blessés et a été blessé légèrement lui-même. ».

DUTREIL (Mme Nathalie), infirmière à Villers-Cotterets.
« Au cours de fréquents bombardements par avions, s'est prodiguée au chevet des blessés, les réconfortant par son calme souriant, témoignant d'un mépris complet du danger et d'un dévouement à toute épreuve. A été grièvement blessée. »

DUVILLE (Augustin-Jean), médecin de 1re classe de la Marine.
« Mort bravement à son poste de secours, englouti avec son bâtiment le 18 mars 1915 (à bord du *Bouvet*). »

DUVOCHEL (Alexandre-Edouard-Joseph-Pierre), pharmacien-aide-major de 2e classe du 16e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Quatre citations.
« Modèle de courage et de dévouement a réclamé l'honneur de servir dans un régiment d'infanterie où il s'est particulièrement fait remarquer au cours des combats des 27 au 30 mai 1918. »

EHRINGER (Georges), médecin-aide-major de 1re classe, au 152e régiment d'infanterie.
« Dans tous les combats auxquels son régiment a pris part, a fait preuve d'un dévouement à toute épreuve ; a su vaincre partout, grâce à son esprit d'organisation, à sa volonté, à son énergie, les difficultés qui se sont présentées pour l'évacuation des blessés dans une région montagneuse difficile et pour l'exécution des missions qui lui ont été confiées, parfois sous de violents bombardements. »

EIGLIER (Henri), médecin-aide-major de 1re classe. au 29e régiment d'artillerie.
« S'est fait remarquer en toutes circonstances par son activité, son zèle et son dévouement. Blessé très grièvement par éclat d'obus le 11 mai 1916, a fait preuve du plus grand courage. Mort le 13 mai 1916, à Monthairons (Meuse). »

ENJOUVIN (Paul), caporal-brancardier au 22e régiment d'infanterie coloniale.
« A fait preuve, depuis le début de la campagne du dévouement le plus absolu, dans le relèvement des blessés. S'est montré très courageux, le 20 décembre 1914, en prenant part sans armes, à l'assaut des tranchées allemandes. S'est de nouveau fait remarquer par sa bravoure le 25 septembre 1915, à l'assaut des positions allemandes, pendant lequel il a accompagné son bataillon. A été très grièvement blessé le 26 septembre 1915 en donnant des soins aux blessés. »

FABRE (Jean-Antoine-Pierre), officier d'administration de 1re classe de réserve du 13e corps d'armée. Trois blessures. Une citation.
« Officier d'une valeur et d'une énergie au-dessus de tout éloge. Revenu deux fois volontairement sur le front. Par son zèle, son dévouement inlassable de jour et de nuit pendant la période des dernières

opérations a puissamment contribué à assurer la régularité des évacuations dans des conditions particulièrement difficiles. »

FARGEOT (Antoine-Léopold), médecin-aide-major de 2e classe, au 162e régiment d'infanterie.

« Conduite admirable dans les soins donnés aux blessés sur la ligne de feu. Le 6 mai 1916, à Verdun, se trouvant dans un poste de secours exposé à un bombardement violent, n'a cessé d'encourager son personnel avec gaieté et entrain jusqu'au moment où trois obus arrivant presque simultanément sur sa sape l'ont enseveli et tué. Médecin d'un rare dévouement et d'un courage absolu. »

FARRET (Augustin-Jean), médecin-sous-aide-major, au 90e régiment d'infanterie.

« Actif, courageux, donne constamment l'exemple de la bravoure et de l'abnégation, toujours en première ligne, exerce un grand ascendant sur ses brancardiers. Le 13 juillet 1917, est allé à quelques mètres de l'ennemi chercher les corps de trois soldats qu'il a ramenés sur son dos dans nos lignes malgré le feu d'une mitailleuse et le jet de grenades allemandes. S'est porté résolument à l'attaque avec son bataillon ; donne à tous un bel exemple de crânerie. Glorieusement tombé à Marville-aux-Bois (Somme) à côté de son chef de bataillon. »

FILDERMAN (Jacques), dentiste de 2e classe. Gouvernement militaire de Paris. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Trois citations.

« A fait preuve, en toutes circonstances, du plus entier dévouement et du plus grand sang-froid ; au début de la guerre s'est montré dans un corps de troupe, gradé plein de courage et d'ardeur, toujours volontaire pour les missions périlleuses. »

FLAMENG (Mme Simone, née Samuel).

« De nationalité belge, a servi comme infirmière bénévole avec un dévouement inaltérable et un zèle inlassable du 16 novembre 1914 au 30 novembre 1918. »

FLORAND (Jacques), médecin-auxiliaire au 11e génie, compagnie 21/1.

« A prodigué sans compter ses soins aux blessés jusqu'en première ligne, sous les obus et les balles. Le 14 mai 1915, a été gravement blessé. A reçu la médaille de Saint-Georges. »

FLOURENS (Marie-Pierre-Jean), médecin-major de 2e classe, au 3e régiment d'infanterie coloniale.

« Blessé très grièvement le 28 février 1915 est revenu au front aussitôt guéri. A toujours montré le plus grand mépris du danger et l'exemple du sacrifice en soignant les blessés sous le feu. Mortellement frappé le 1er octobre 1915 à Souain (Meuse) en se rendant sous un bombardement violent à son poste de secours de première ligne. »

FOUBERT, médecin-auxiliaire, 95e brigade d'infanterie. Trois citations. Médaille des épidémies. Légion d'honneur.

« Médecin auxiliaire rendant en toutes circonstances, et en particulier à l'avant, de précieux services. A dirigé en personne le relèvement des blessés tombés sur le terrain, en avant des tranchées occupées par le régiment. Assure, depuis plusieurs mois, à lui seul, le service médical de son bataillon. Obtient de son personnel le rendement maximum en lui donnant dans les circonstances les plus périlleuses, le plus bel exemple de calme et de courage. Malgré les circonstances les plus défavorables et le feu violent de l'artillerie ennemie, a organisé d'une façon remarquable le service médical du régiment sur la ligne de feu, durant la dernière période de combat du 4 au 8 octobre 1915. Le 3 mars 1916 a dirigé et assuré d'une façon remarquable le service médical d un bataillon engagé au feu. A soigné des blessés sous un bombardement d'une extrême violence, avec un esprit de devoir et de dévouement au-dessus de tout éloge. Médaille des épidémies pour avoir spontanément servi de donneur dans une opération de transfusion du sang pratiquée sur un blessé très grave. »

FOUCHET, médecin-auxiliaire au 46e régiment d'infanterie.

« S'est particulièrement distingué par son dévouement et son courage dans la relève des blessés, notamment dans la journée dn 8 janvier, inspirant une grande confiance à ses brancardiers qui l'accompagnaient dans les endroits les plus périlleux. D'un courage et d'un entrain admirables pendant les journées du 28 février et du 1er mars, après avoir pansé les blessés sous les éclats d'un bombardement intense et, sous le tir d'enfilade de l'artillerie ennemie, a gravi, à deux reprises, les pentes d'une position très forte, derrière les compagnies d'assaut, entraînant et ramenant à leurs chefs des hommes atterrés par le bombardement. »

FOUGERAS-LAVERGNOLLES (Marie-Pierre), médecin-auxiliaire G. B. D. 70

« Médecin auxiliaire d'un courage hors de pair. A pénétré le 1er octobre 1915, dans un village soumis à un bombardement intense, pour enlever des blessés restés depuis deux jours dans les ruines. A trouvé une mort glorieuse au cours d'une mission à Cauchy (Pas-de-Calais). »

FOURNIER (Paul), soldat-brancardier, au 76e régiment d'infanterie, 5e C. A.

« A prouvé, depuis le début de la campagne et en particulier les 8 et 9 janvier 1915, dans l'accomplissement de ses devoirs, un esprit de dévouement et de sacrifice qui a fait l'admiration de ses camarades et de ses chefs, risquant volontairement et fréquemment sa vie pour secourir les blessés dans les circonstances les plus dangereuses. »

FRIBOURG (Salvador), médecin principal de 1re classe. Service de santé, 1re région.

« Du 10 au 13 octobre 1914, s'est signalé par son dévouement, son zèle, et son mépris du danger pendant le bombardement de la ville de Lille et l'évacuation, sous les obus, des blessés de l'hôpital militaire. »

FUMEAU (Pierre), médecin-auxiliaire, au 255e régiment d'infanterie.

« Sous un bombardement intense de grosse artillerie et pendant des actions incessantes d'infanterie, a assuré seul, sans prendre aucun repos, pendant quatre jours et quatre nuits, le service médical du bataillon, en première ligne, d'une façon qui a fait l'admiration de tous. S'est révélé, malgré son extrême jeunesse (20 ans) un homme accompli d'action et de devoir. »

FUNCK-BRENTANO (Théophile), médecin aide-major 2e classe, au 152e régiment d'infanterie.

« Médecin d'un dévouement et d'un sang-froid remarquables, donnant aux soldats et aux blessés, l'exemple constant de la bonne humeur et de la bravoure, animé des sentiments, les plus élevés, se prodiguant sans aucun souci du danger pour relever et soigner les blessés sous le feu le plus violent. Glorieusement tué le 2 septembre 1916 à son poste de secours dans les tranchées de première ligne. »

DE FURST, médecin-major de 2e classe, au 101e régiment d'infanterie.

« Déjà cité à l'ordre de l'armée, n'a cessé, pendant les combats des 25 et 26 septembre 1915, de parcourir les tranchées de première ligne très violemment bombardées et soumises à l'action des gaz suffocants. A prodigué ses soins à de nombreux blessés, et, par son exemple, a obtenu de son personnel un dévouement sans bornes. A exploré plusieurs fois le terrain en avant de nos lignes. »

SŒUR GABRIELLE (Mme Rosnet, Marie), supérieure de l'hospice de Clermont-en-Argonne.

« Demeurée seule dans le village, a fait preuve pendant l'occupation d'une énergie et d'un sang-froid au-dessus de tout éloge ; ayant reçu de l'ennemi la promesse qu'il respecterait la ville en échange des soins donnés par les sœurs à ses blessés, a protesté auprès du commandement allemand contre l'incendie de la ville en lui faisant observer que la parole d'un officier allemand ne vaut pas celle d'un officier français et a ainsi obtenu l'envoi d'une compagnie de sapeurs qui a combattu le feu ; a prodigué aux blessés, tant allemands que français, les soins les plus dévoués. Depuis, n'a cessé de prodiguer, sous les bombardements, ses soins dévoués à nos malades et à nos blessés, réconfortés par sa bravoure et son inébranlable confiance. »

GAFFET (Jean-Maurice), médecin-auxiliaire, au 173e régiment d'infanterie.

« N'a cessé depuis le début de la campagne de montrer les plus belles qualités d'énergie, de bravoure et de sang-froid. Cité à l'ordre pour sa belle conduite lors des attaques de mai 1915. S'est fait remarquer en septembre 1915, par son mépris du danger, allant relever et soigner les blessés en première ligne, donnant à son personnel l'exemple constant du courage et de la belle humeur. Blessé grièvement à son poste de secours. Mort à Senoncourt. »

GAIRAL (Jean-Jules), médecin à Carignan (Ardennes).

« Resté à son poste pendant l'occupation, a, par sa fermeté et son courage, soutenu le moral de ses concitoyens. Malgré la défense de l'ennemi a continué l'exercice de ses fonctions, condamné pour ce fait à la déportation. Interné en Allemagne, est mort en captivité à Celle (Hanovre). Intelligence d'élite, d'un caractère et d'un esprit de dévouement au-dessus de tout éloge, le Dr Gairal est vraiment mort pour son pays. »

GALLET (François-Julien), pharmacien-major de 2e classe, 8e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Deux citations.

« S'est affirmé comme un pharmacien régimentaire de premier ordre, d'un dévouement et d'une bravoure dignes d'éloges. Intoxiqué par les gaz, a tout fait pour ne pas être évacué et a tenu jusqu'aux dernières limites. »

GARENNE (Antoine-Marcel), médecin-aide-major de 1re classe au 123e régiment d'infanterie.

« Modèle du médecin militaire. Doué de grandes qualités professionnelles et d'une haute valeur morale. Animé du plus pur esprit de sacrifice. S'est fait remarquer dans tous les combats par son dévouement et son mépris du danger; apportait aux blessés en même temps que les soins un réconfort moral puissant. A trouvé une mort glorieuse le 3 juin 1918 à Saconin, dans son poste de secours, maintenu, sous un bombardement violent d'obus de gros calibre, à un point où les évacuations étaient les plus rapides. »

GARÈS (Jean), médecin-aide-major de 1re classe.

« A fait preuve de courage et de sang-froid le 22 août 1914, en organisant sous une pluie de balles et de shrapnells le service médical du 1er groupe du 18e régiment d'artillerie. Grièvement blessé par un éclat d'obus dans l'articulation de l'épaule, s'est trouvé immobilisé sur place et a été enlevé par l'ennemi. »

GARNIER (Charles), médecin-major de 2e classe au 327e régiment d'infanterie.

« A fait preuve aux combats des 23 août et 14-15 octobre 1914 de beaucoup de bravoure et d'une rare énergie, en prodiguant, sous le feu, ses soins aux blessés, donnant ainsi un bel exemple de sang-froid à des fractions de troupes voisines qui venaient de perdre la plupart de leurs chefs. »

GASCOUGNOLLE (Gaston-Henri-Théophane), médecin-aide-major de 2e classe au 3e régiment d'infanterie coloniale.

« Sur le front depuis le début de la campagne, n'a cessé de donner des marques constantes d'énergie, de bravoure et de dévouement au feu. Blessé une première fois, a été le 5 novembre 1915 très grièvement atteint par un obus, dans les tranchées, en assurant son service. »

GASTON (Elie-Raoul), médecin-auxiliaire au 51e régiment d'infanterie.

« D'une bravoure et d'un dévouement reconnus de tous. Dans la nuit du 25 avril 1916, à la suite de l'éclatement d'un obus dans le poste de secours, a, par son sang-froid, évité une dangereuse panique. Grièvement atteint au combat du 8 juillet 1918 en soignant les blessés sous un violent tir de barrage. Mort le 8 août à Biaches (Somme). »

GATELLIET (Louis-Marie), médecin-auxiliaire, au 140e régiment d'infanterie.

« Jeune médecin auxiliaire d'un dévouement absolu, d'un zèle qui ne s'est jamais démenti, d'une bravoure froide qui l'ont fait citer à l'ordre du C. A. en juin 1915. Grièvement blessé le 4 septembre 1915 en portant secours à des blessés sous le feu de l'artillerie. Mort des suites de ses blessures, le 13 septembre 1915, à Somme-Suippes (Marne). »

GAUTHIER (Raoul), médecin-aide-major de 2e classe au 4e régiment de zouaves.

« A soigné les blessés du régiment pendant deux jours et une nuit sans aucun repos, à un poste de secours très rapproché de la ligne de feu, sous un feu d'artillerie extrêmement violent et a montré en ces circonstances un entier dévouement et un mépris absolu du danger. »

GELINEAU (Pierre-Gustave), médecin-auxiliaire au 175e régiment d'infanterie.

« Depuis le début de la campagne, a toujours assuré son service avec un grand zèle dans des circonstances souvent dangereuses et difficiles. Cité pour sa belle conduite aux combats des 6, 7, 8 et 9 mai 1915. Blessé très grièvement le 13 septembre à son poste de secours par un éclat d'obus. Evacué. Mort à Marseille le 8 février 1916. »

GENTY (Paul), soldat brancardier au 367e régiment d'infanterie

« Soldat brancardier d'un dévouement inlassable A été atteint le 6 septembre d'une grave blessure en relevant des blessés sous un bombardement extrêmement violent. »

GILLES (Mlle Suzanne), infirmière à l'hôpital 102, à Lunéville.

« A fait preuve du plus grand courage en continuant, malgré le bombardement de son hôpital, à assurer son service auprès des blessés. A été tuée à son poste qu'elle n'avait pas voulu abandonner. »

GIORDANI (Antoine), médecin-aide-major de 1re classe, hôpital 12, à Verdelaincourt (Meuse).

« Territorial à un centre hospitalier. Appelé dans la nuit du 4 au 5 septembre 1917 à pratiquer une intervention chirurgicale, a été frappé à son poste par une bombe d'avion ; mortellement blessé, a montré une attitude admirable au milieu du danger et communiqué à tout son personnel un absolu mépris de la mort. »

GIOVALUCCHI (Charles), officier d'administration principal au Val-de-Grâce. Officier de la Légion d'honneur.

« Bien que n'y étant pas directement sollicité par ses obligations professionnelles, s'est vivement intéressé à la question du relèvement des blessés dans les tranchées et a rendu à cette occasion des services exceptionnels et distingués en imaginant des appareils de transport qui permettent l'enlèvement des blessés avec plus de facilité. Est allé expliquer lui-même dans les postes avancées le fonctionnement, d'ailleurs très simple de ses appareils. Médaille de vermeil des épidémies, Saint-Sava de Serbie, Aigle blanc de Serbie, Saint-Sauveur de Grâce, Valeur militaire de Grèce avec palme, commandeur du Nicham-Iftikar, etc. »

GIRARD (Etienne), médecin-aide-major de 1re classe, au 28e R. I. T.

« Médecin militaire ayant toujours prouvé le plus grand courage, notamment au Four de Paris et dans les différents secteurs que son bataillon a occupés en Argonne. A témoigné en toutes circonstances le plus grand dévouement à ses blessés, n'hésitant jamais à s'exposer pour leur porter secours dans les situations les plus périlleuses. »

GIRARDEAU (M.-F.-N.), médecin-aide-major de 2e classe, au 31e régiment d'infanterie.

« S'est signalé depuis le début de la campagne par un dévouement de tous les instants. Blessé le 3 septembre, par cinq éclats d'obus en prodiguant ses soins dans un poste de secours, a dû subir l'amputation de la jambe gauche. »

GIRARDIN (René-Louis), médecin-auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

« A été tué en se portant bravement au secours d'un sous-officier blessé et gisant dans un terrain balayé par les balles ennemies (17 janvier 1915, bois de la Gruerie). »

GOIZET (Louis), médecin-major de 2e classe, au 131e régiment d'infanterie.

« Chef de service dans un régiment de première ligne, fait preuve de grandes qualités professionnelles, de grand sang-froid, d'un dévouement absolu, plein d'entrain et de belle humeur, a donné à de nombreux blessés, les soins les plus attentifs et les plus éclairés, tout en leur procurant un puissant réconfort moral. A poursuivi une lourde tâche à la satisfaction de tous, pendant les opérations du 26 septembre au 9 octobre 1916, en restant impassible au milieu des plus violents bombardements. »

GONTHIER (Mlle Jeanne), infirmière à Reims.

« A donné de nombreuses preuves de son dévouement et de son courage, de sa haute compréhension du devoir professionnel, en pansant les blessés dans un hôpital exposé au bombardement le plus violent et en se prodiguant sans compter pour soigner les contagieux atteints de maladies graves. »

GRAMMONT (Louis), soldat infirmier.

« S'est fait remarquer par son dévouement et sa bravoure pendant les journées des 21, 22 et 23 décembre 1914 en se portant, pendant l'action et sous le feu jusque sur les lignes pour relever et soigner les blessés. »

GRANEL (Louis-Marie-François), médecin-aide-major de 2e classe au 81e régiment d'infanterie.

« Jeune médecin alliant aux plus brillantes qualités professionnelles un courage tranquille et une grande modestie. Durant les combats qui se sont livrés du 2 au 8 août 1916, a prodigué ses soins aux blessés avec le dévouement le plus admirable. Grièvement blessé au cours d'un incendie qui, provoqué par le bombardement ennemi, a détruit son poste de secours. »

GRAU (Philippe-Jacques-Fe.réol), officier d'administration de 2e classe de l'armée française du Rhin. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Deux citations.

« Chef de détachement dévoué et courageux n'ayant jamais hésité, non seulement à inspecter les postes des brancardiers divisionnaires, les plus exposés, mais à assurer volontairement avec le Service de Santé des unités engagées, la liaison sous le feu dans le but de faciliter et de coordonner le service. »

GREIGNON (Jean), médecin-major de 2e classe au 52e régiment d'infanterie coloniale.

« A aidé très efficacement le chef de corps dans la période active et dans le service aux tranchées ; a fait preuve de beaucoup de zèle, de calme et de sang-froid. »

GRILLET sergent brancardier au 28e bataillon de chasseurs alpins.

« Le 8 septembre 1914 est resté pendant quatre heures près des blessés sous un feu violent d'artillerie ; a aidé à faire de nombreux pansements et n'a quitté le poste de secours que lorsque tous les blessés furent évacués. Sergent brancardier faisant preuve du plus complet dévouement dans l'exécution de son service ; a été grièvement blessé le 7 mai 1915 en ramenant un blessé qu'il était allé relever sous un feu violent. A eu depuis le début de la campagne une conduite héroïque et a déjà reçu la médaille militaire. »

GRISOT (Henri), médecin-aide-major de 2e classe, ambulance de la 60e division.

« Au combat du 30 août 1914, a conduit son équipe de brancardiers, très avant sous le feu et n'a ramené ses blessés et ses hommes qu'au prix de mille difficultés et grâce à sa remarquable énergie. »

GRUYER (François-Joseph), médecin-aide-major de 2e classe au 356e régiment d'infanterie.

« D'une haute valeur morale et professionnelle. S'est fait remarquer en maintes circonstances par son mépris du danger. Grièvement atteint le 16 mai 1916 en dirigeant en première ligne un travail permettant l'évacuation plus rapide des blessés. Mort le 17 à Belleville (Meurthe-et-Moselle). »

GUÉRIN (Albert-François), officier d'administration de 1re classe, armée française du Levant. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Deux citations.

« Très énergique et brave. S'est particulièrement fait remarquer au cours d'une importante mission lors de l'évacuation des hôpitaux d'Amiens. S'en est acquitté sous les bombardements violents de fin mars et avril 1918, avec un courage admirable et le plus complet mépris du danger. »

GUÉRIN (Henri), médecin-auxiliaire au 8e régiment d'artillerie.

« S'est prodigué depuis le début de la campagne et dans les postes les plus avancés, avec le plus grand courage et le plus beau dévouement. Blessé très grièvement le 4 juillet 1915 au poste de secours, a dû subir immédiatement l'amputation du bras. Est atteint en outre d'une blessure grave de l'abdomen. »

GUICHOT (Henri), aide-major de 1re classe au 2e régiment étranger.

« Belle attitude au feu. Grièvement blessé le 4 février 1916 au cours d'un engagement contre les Beni-Ouarain (Maroc). Mort des suites de ses blessures. »

GUILLAUME (Emile), médecin-major de 2e classe au 68e bataillon de chasseurs.

« Dans les différents engagements auxquels a pris part son bataillon, s'est tenu de sa personne sur la première ligne de combat, pour assurer plus rapidement les soins à donner aux blessés. S'est maintenu sous de violents bombardements qui faisaient à ses côtés de nombreuses victimes et a ainsi donné sans cesse à tout son personnel le plus bel exemple de courage et d'abnégation. »

GUIDICE, médecin-major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie coloniale.

« D'un dévouement inépuisable, d'une bravoure inconsciente, toujours au premier rang ou à proximité de la ligne de feu. Fait prisonnier le 20 août, en même temps que les blessés qu'il n'avait pas voulu abandonner, a, sur sa demande instante et à peine libéré, rejoint le front le 1er septembre. Aussi calme sous la mitraille qu'il l'eût été dans une clinique, s'est particulièrement distingué du 1er au 3 septembre, le 27 septembre et du 20 novembre au 26 décembre, sous un bombardement violent et presque incessant. Sujet d'élite, d'une haute valeur morale et intellectuelle. Extrêmement méritant. »

HANESSE (Auguste), officier d'administration de 1re classe du 8e corps d'armée. Une citation.

« Officier d'une inlassable activité et d'une conscience professionnelle maintes fois éprouvées depuis le début de la campagne. S'est récemment distingué dans un groupe d'ambulances de l'avant où, au cours des bombardements des 21 et 22 avril, il s'est efforcé, quoique malade, d'assurer aux blessés, dans les circonstances les plus critiques, les soins matériels les plus complets et les plus efficaces. »

HARISMENDY (M.), médecin-aide-major de 2e classe au 49e régiment d'infanterie.

« Blessé d'une balle au front, à son poste, pendant le combat du 3 septembre 1914, s'est fait panser sommairement, a refusé de se laisser évacuer et a continué à soigner les blessés jusque sur la ligne de feu. »

HAVET (Louis-Henry), officier d'administration de 3e classe, ambulance 6/17.

« Par son activité et son zèle, a surmonté toutes les difficultés matérielles qu'il a rencontrées dans son service et s'est offert lui-même pour aller chercher des blessés loin de tout poste de secours sur la Strouma en août 1916. »

HENRY (Lucien-Robert), officier d'administration de 2e classe de réserve du G. M. P. Une blessure. Une citation.

« Officier d'un courage remarquable s'est particulièrement distingué en combattant avec sa section le 27 mai 1918, sous un violent feu de mitrailleuses ennemies. A été grièvement blessé. »

HOFFER (Raymond-Alexandre), médecin-auxiliaire au 332e régiment d'infanterie.

« Jeune médecin auxiliaire au cœur ardent, dont le courage tranquille faisait l'admiration des hommes de son bataillon. Tué le 1er novembre 1918, à Vouziers, en pansant un blessé. »

DE HOND (Raymond), officier d'administration de 2e classe au G. B. D. de la 69e division.

« Le 15 juin 1915, n'hésita pas, bien que l'endroit fût très dangereux, à plonger à plusieurs reprises pour tenter de sauver le sergent Toulouse de son détachement qui, en se baignant dans la Vesle, venait de disparaître dans un remous très profond. A fait tout ce qu'il était humainement possible pour sauver le noyé, en vain, malheureusement. Médaille de bronze des actes de courage et de dévouement. »

HONGRE (Maurice-Edmond), officier d'administration de 2e classe du 2e corps d'armée. Une blessure, Trois citations.

« Le 6 juin 1915, quelques heures après l'occupation des tranchées allemandes et le 7 et 8 sous un bombardement extrêmement violent, avec un mépris absolu du danger, s'est mis volontairement à la disposition des officiers observateurs de la batterie (2e batterie, 1er groupe d'Afrique) qu'il a accompagnés dans les tranchées nouvellement conquises pour les faire profiter de sa connaissance parfaite de la région. Le 7 juin dans un boyau, pendant le bombardement, a été projeté à terre par l'éclatement d'un projectile qui l'a laissé paralysé pendant plus d'une heure, et le lendemain, à peine rétabli, a accompagné de nouveau l'officier observateur. »

L'HOTELLIER (Mlle Anne-Marie), directrice de l'hôpital civil de Cambrai. Légion d'honneur. Croix de guerre.

« A maintes fois exposé sa vie au cours de l'occupation allemande en rendant d'éminents services à ses concitoyens et aux prisonniers. A été condamnée, déportée et internée en Allemagne pour sa courageuse attitude. Dès la signature de l'armistice est venue prendre sa place auprès des malades. »

HORTER (Aimée Mme), infirmière à Saint-Dié.

« Est restée pendant le bombardement du 27 août au chevet des blessés, les rassurant et leur prodiguant ses soins, malgré le danger que présentait le séjour dans les salles situées au 1er et au 2e étages. »

HUGON (Etienne-Charles), médecin-aide-major de 2e classe au 92e régiment d'infanterie.

« S'est distingué en toutes circonstances depuis le commencement de la campagne par son entrain, son courage et son dévouement exceptionnels, notamment en secourant les blessés sur la ligne de feu d'infanterie pendant les combats des 14, 20 et 25 août 1914. A été mortellement atteint d'un éclat d'obus à son poste à Beuvraignes (Somme) le 14 mai 1915. »

HULOT (Mme Marguerite), infirmière à Saint-Dié.

« A participé au traitement des typhiques avec grand dévouement et habileté dans des conditions rendues périlleuses par le voisinage de l'ennemi et les bombardements répétés. »

HURTAUD (Henri), pharmacien-aide-major de 2e classe à titre temporaire, du 9e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Trois citations.

« S'est partout et constamment signalé par sa bravoure et sa belle attitude au feu, faisant preuve des plus belles qualités militaires et professionnelles. »

IZOU (Louis-Joseph), médecin-aide-major de 1re classe au 42e régiment d'artillerie.

« Un obus de 210 étant tombé snr une mairie où était installé le poste de secours de son groupe, a montré le plus grand sang-froid dans l'évacuation des blessés dans l'installation d'un autre poste. Evacué pour maladie et désigné pour occuper un poste à l'intérieur a fait des démarches pour revenir à la portion active de son régiment. A été tué en soignant les blessés à son poste de secours le 11 avril 1915, à Hennemont (Meuse). »

JACQUELIN (Paul), médecin-aide-major de 2e classe au 329e régiment d'infanterie.

« A été atteint de plaies multiples très graves mettant ses jours en danger alors que, ayant installé son poste de secours dans la tranchée de départ, il ne cessait, au cours d'un bombardement intense subi par le régiment avant l'attaque, d'y prodiguer ses soins aux blessés. A refusé à plusieurs reprises d'accéder à l'invitation de son chef de service de s'abriter. »

JACQUES (Ernest-Louis), pharmacien-aide-major de 2e classe du 1er corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Deux blessures. Deux citations.

« D'un dévouement inlassable, constamment en première ligne, s'est signalé à l'attention de tous par sa haute compréhension de ses devoirs, sa compétence technique et son mépris absolu du danger. »

JAMBON (Pierre-Edouard-Robert), officier d'administration de 2e classe au G. B. D. du corps d'occupation des Dardanelles.

« S'est distingué pendant les journées du 3, 8 mai, 4, 5, 21 juin, 11, 12, 13 juillet dans la conduite du relèvement et des évacuations des blessés, soutenant le moral de ses hommes par son énergie et son courage. Deux citations. »

JAMBON (Jules), officier d'administration de 2e classe, ambulance 209, de la 47e division d'infanterie.

« Excellent officier qui a assuré avec dévouement son service dans des ambulances exposées aux tirs de l'ennemi et a été volontaire pour des missions dangereuses (mai et octobre 1916). »

JAMYOT DE LA HAYE (Alain-Evariste-Marie), médecin-aide-major de 1re classe au 47e régiment d'infanterie.

« A prodigué ses soins aux blessés sur la ligne de feu. Le 15 septembre 1915, a assuré l'évacuation d'un poste de secours en flammes. Le 2 novembre s'est livré aux recherches les plus périlleuses et les plus minutieuses lors de l'attaque d'une briqueterie par son bataillon. Mort le 18 mars 1917 à Josselin (Morbihan). »

JARDEL (Jean-Marie-Joseph), officier d'administration de 3e classe du 20e corps d'armée. Une blessure. Deux citations.

« A été grièvement blessé en tenant sous une pluie de balles une pièce portée à la hauteur des premières lignes d'infanterie ennemies. »

JEAN (Raoul), médecin-auxiliaire au 31e régiment d'infanterie.

« Grièvement blessé en relevant des blessés au cours d'un combat sanglant. »

JEAN-JEAN (Pierre-Auguste-Marie), médecin-auxiliaire au 414e régiment d'infanterie.

« A donné le plus bel exemple de dévouement et de courage le 3 mars 1916, en prodiguant ses soins aux blessés sous un violent bombardement. Frappé mortellement devant son poste de secours à Seppois-le-Haut (Haute-Alsace) au moment où il assurait personnellement l'évacuation d'un grand blessé. »

JIROU, médecin-aide-major de 1re classe, au 2e tirailleurs de marche.

« S'est distingué depuis le début de la guerre par sa remarquable bravoure en soignant sur la ligne de feu sous une véritable pluie d'obus et au péril de sa vie, plusieurs centaines de blessés. »

JOUIS (Gustave-Henri-Marie), officier d'administration de 1re classe, gestionnaire de l'ambulance alpine du Caucase.

« A assuré pendant toute la durée de son fonctionnement la gestion de l'ambulance alpine du Caucase avec le dévouement le plus absolu. A contribué pour une grande part à maintenir le prestige du drapeau français dans les circonstances difficiles où s'est trouvée l'ambulance, dans un pays hostile ravagé par le typhus exanthématique, le choléra et la famine et sous la menace continuelle du massacre. »

JOURDRAIN, médecin-aide-major de 1re classe, du 3e groupe du 35e régiment d'artillerie.

« Déjà l'objet d'une citation à l'ordre du corps d'armée. A, sous un feu violent de l'artillerie ennemie, prodigué ses soins aux nombreux blessés du groupe et à des blessés d'infanterie recueillis près de la position, dirigeant lui-même les brancardiers. A contribué par son attitude courageuse à maintenir le moral de sa troupe. »

JUGE (Paul-Auguste), pharmacien-aide-major de 1re classe, du 13e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Deux citations.

« Pharmacien très courageux et très dévoué. Tous les médecins de bataillon ayant été mis hors de combat n'a pas hésité à installer et diriger un poste de secours près de la ligne de feu. Bien qu'intoxiqué est resté à son poste. »

JULLIAN (André), médecin-chef au 4e régiment de zouaves.

« Médecin-aide-major très brave, ne connaissant que le sentiment du devoir et du dévouement. Admiré de tous pour sa bravoure et son calme, donnant à son personnel le plus bel exemple. Est tombé glorieusement à son poste, à Sailly-Saillisel, le 5 juin 1918. »

JUVIN (Lucien), médecin-aide-major de 2e classe au 161e régiment d'infanterie.

« Le 20 avril 1916, en se rendant spontanément malgré un tir de barrage d'une violence extrême, de son poste de bataillon au poste de secours régimentaire pour y coopérer au pansement et à l'évacuation de nombreux blessés, a été atteint de plusieurs éclats d'obus ; a fait lui-même, avec un grand calme et le plus beau sang-froid, l'extraction d'un des projectiles et a demandé instamment à ne pas être évacué. »

KAMINER (Salomon-Joseph), médecin-aide-major de 2e classe au 83e régiment d'artillerie lourde.

« A, dans une circonstance difficile, contribué par son énergie à maintenir l'ordre dans une fraction éprouvée par le feu. A toujours fait preuve du mépris le plus absolu de la mort en portant secours aux blessés dans les circonstances les plus périlleuses. Blessé une première fois. A été tué glorieusement le 24 avril 1918, à Moreuil-la-Motte (Oise). »

KAUFFMANN (Louis-Clément), maréchal-des-logis, section sanitaire automobile 77.

« A rendu de très grands services au cours des opérations de septembre 1915 en Champagne, de février à Verdun et de juillet 1916 dans la Somme. S'est à nouveau signalé pendant celles d'octobre, en assurant l'évacuation rapide des blessés dans un poste particulièrement exposé et très violemment bombardé. »

KLEIN (Mlle Joséphine), infirmière à Saint-Dié.

« Est restée pendant le bombardement du 27 août au chevet des blessés, les rassurant et leur prodiguant ses soins, malgré le danger que présentait le séjour dans les salles situées au 1er et au 2e étages. »

KROUCH (Maurice), aide-major au 75e régiment d'infanterie.

« D'un dévouement absolu au-dessus de tout éloge, n'a cessé depuis un an et pour tous les engagements, de diriger le service médical du bataillon avec un zèle remarquable ; enfoui le 18 mars 1916 avec son personnel et ses blessés sous un poste de secours effondré par les obus, a montré une énergie peu commune pour opérer le sauvetage des victimes et continuer d'assurer le service sous un bombardement effroyable. »

KUNTZ (Mme Marie-Clémentine), infirmière militaire de 1re classe, H. O. E., 32.

« N'a cessé de se prodiguer auprès des malades et des blessés. Prisonnière des Allemands aux mines de Carvin (Pas-de-Calais). Son moral élevé, sa haute conception du devoir et son patriotisme agissant lui ont fait surmonter les épreuves pénibles de la captivité. Aussitôt libérée, a repris sa place auprès des malades, où elle s'est distinguée par sa bonté, son savoir et son dévouement. »

LABADIE (J.-J.-), médecin-major de 1re classe, au 130e régiment d'infanterie.

« Médecin des plus dévoués et des plus actifs. En campagne depuis le premier jour, a prouvé en toutes circonstances, un dévouement absolu à ses devoirs professionnels, organisant ses postes de secours à proximité du terrain d'action, exposant sa vie pour recueillir et soigner les blessés de son régiment. Mort le 28 septembre 1915, à Saint-Hilaire-le-Grand (Marne). »

LACOSTE (Adrien) médecin-auxiliaire au 24e régiment d'artillerie.

« Médecin consciencieux et dévoué. A été atteint d'une très grave blessure, le 17 juin 1916, alors que, sous un violent bombardement, il se portait au secours de soldats blessés. Mort à Belleville (Meuse).

LACROIX (Georges-M.), sapeur-infirmier au 10e génie.

« Sérieusement atteint dans les tranchées par l'éclatement d'un obus ; le 21 juin 1915, en même temps que son capitaine et cinq sapeurs, s'est porté immédiatement à leur secours et n'a signalé son état que lorsque tout son devoir fut rempli et les autres blessés pansés et évacués. »

LAFARGUE (Emile-Antoine), médecin-aide-major de 1re classe au 258e régiment d'infanterie. Deux citations. »

« D'un dévouement absolu et d'un courage à toute épreuve. A été mortellement atteint à Conty (Somme) en prodiguant ses soins aux blessés sur la position de batterie. »

LAGRIFFE (Pierre-Lucien), médecin-major au 46e régiment d'infanterie.

« A fait preuve, depuis le début de la campagne, d'un dévouement absolu et d'un sang-froid remarquable. Réconforte les blessés par son courage et son entrain autant que par ses soins. A très bien organisé le service médical régimentaire pendant les opérations du 16 au 24 avril 1917 et a assuré l'évacuation des blessés dans les meilleures conditions, sans prendre souci de la fatigue ni du danger. Chef du service de santé du régiment, a assuré avec habileté et dévouement l'évacuation de nombreux blessés au cours des rudes journées du 24 au 26 mars 1918, les empêchant, grâce à son dévouement et à son mépris du danger, de tomber aux mains de l'ennemi.

LAHOUNDÈRE (Sylvain), sergent à un groupe de brancardiers d'une division.

« Sous-officier remarquable de courage et d'énergie, s'est brillamment conduit au cours de la campagne. »

LAINE (Emile-Alfred), officier d'administration de 1re classe), G. M. P. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure grave. Deux citations.

« Officier d'administration, d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve, ayant donné en toutes circonstances le plus bel exemple à tout son personnel particulièrement dans la journée du 29 mai 1918, où sous un violent bombardement, a assuré l'évacuation de nombreux blessés du groupe. Blessé lui-même assez grièvement, le 30 mai 1918 au poste de secours. Déjà cité. »

LAJUS (Joseph-Henri), médecin-major de 2e classe, au 7e régiment d'infanterie coloniale.

« Modèle de dévouement et d'énergie. S'est dépensé sans compter et avec le plus absolu mépris du danger pour relever et soigner les blessés au cours des bombardements les plus violents. A été atteint à son poste d'une grave blessure, a continué son service et n'a consenti à être évacué que lorsque des complications du côté de sa plaie ne lui ont plus

permis de rester à son poste. Déjà deux fois blessé et cité trois fois à l'ordre de l'armée depuis le début de la campagne. Mort le 14 septembre 1916, à Moreuil ·

LALLEMAND (Jean-Marie-Henri), pharmacien-aide-major, de 2e classe, du 9e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Quatre citations.

« Pharmacien aussi énergique et vaillant que dévoué qui a refusé de se laisser évacuer pendant la bataille en octobre 1916. Revenu au front a été affecté dans un bataillon de chasseurs, auxquels il n'a cessé de prodiguer ses soins, donnant l'exemple de la confiance et de la foi dans la victoire dans les circonstances les plus critiques. Véritable promoteur d'énergie et modèle de bravoure raisonnée

LAMBERT (Maurice-André), médecin-auxiliaire au 41e bataillon de chasseurs.

« Jeune médecin d'une ténacité et d'un dévouement à toute épreuve, a fait à maintes reprises l'admiration de ses chefs et des chasseurs du bataillon par son absolu mépris du danger. A été glorieusement tué à Sailly-Saillisel (Somme) en suivant une vague d'assaut afin de procéder plus rapidement à la relève des blessé. »

DE LANGENHAGEN (Jean-Jules-Charles), médecin-auxiliaire au 23e régiment d'infanterie.

« Plein d'entrain et de courage. Blessé deux fois comme soldat combattant au début de la campagne. Le 16 avril 1917, à Poivre (Marne) étant parti immédiatement après la vague d'assaut, a été tué par une balle de mitrailleuse au moment où il se portait au secours des hommes qui venaient d'être blessés. »

LANG (Léon), officier d'administration de 1re classe,

« Rayé des cadres après avoir satisfait à toutes les obligations militaires, a repris du service pour la durée de la guerre. Blessé sur le champ de bataille en procédant à l'assainissement du terrain sous le feu de l'ennemi, a continué à assurer l'exécution de la mission qui lui était confiée. S'acquitte depuis sept mois de la gestion du matériel sanitaire d'une armée avec la plus grande compétence au prix d'un labeur de tous les instants. »

LAPLACE (André-Henri-Louis), officier d'administration de 3e classe. Armée française du Rhin. Chevalier de la Légion d'honneur Deux fois cité à l'ordre. Blessé trois fois.

« Officier d'une bravoure à toute épreuve. S'est fait remarquer en maintes circonstances par ses qualités de courage et par son esprit de sacrifice. »

LARDENNOIS, médecin-major de 2e classe.

« Ayant reçu l'ordre d'assurer le traitement des blessés que leur état ne permettait pas d'évacuer, a rempli sa mission avec le plus grand dévouement et un remarquable courage malgré le bombardement violent auquel était soumis son hôpital. »

DU LAURENS DE LA BARRE (René), médecin aide-major de 1re classe au 130e régiment d'infanterie.

« Excellent médecin militaire, très brave. A été tué, le 27 septembre 1915, dans la tranchée de départ, au moment où le bataillon auquel il était affecté partait à l'assaut de la parallèle de Verdegrange (Suippes-Marne). »

LAYDECKER (Maurice-Alexandre), médecin-aide-major de 2e classe au 8e régiment d'infanterie.

« Par un bombardement des plus violents, a persisté à soigner les blessés hors de tout abri sans les abandonner, donnant le plus bel exemple de dévouement, d'abnégation et de mépris du danger. A été tué à son poste à Haudiomont (Meuse). »

LEBECQ (Charles-Alphonse), médecin-aide-major de 2e classe au 201e régiment d'infanterie.

« Médecin très brave et d'un dévouement remarquable. Bien que malade a tenu à prendre part à l'attaque du 16 avril 1917. A été grièvement blessé alors que, par une abnégation au-dessus de tout éloge, il pansait des blessés sous un violent bombardement. Mort le 18 avril 1917 à Beaurieux. »

LEBELLE (Emile-Paulin-R.), médecin-major au 412e régiment d'infanterie.

« Excellent médecin-major d'une grande habileté et d'un dévouement de tous les instants. Bien que souffrant et devant être évacué, est resté à son poste au moment de l'attaque des 9, 10 et 11 janvier et a assuré, avec une rare énergie, un service très pénible. N'a jamais hésité, sous de violents bombardements, à se porter au secours des blessés. Blessé lui-même en septembre 1915, en revenant d'une tranchée de première ligne, n'avait pas voulu être évacué. »

LEBRUN (Maxime), médecin-aide-major de 2e classe au 48e régiment d'artillerie.

« Médecin également distingué par son dévouement et ses qualités professionnelles. Grièvement blessé le 10 octobre 1915 sur une position de batterie avancée. »

LE CAMUS (J.-A.), médecin-major de 2e classe au 7e bataillon colonial du Maroc.

« A, par son activité et son dévouement à aller chercher les blessés sous le feu de l'ennemi, permis de ramener et d'évacuer nombre d'entre eux qui, en différentes circonstances, auraient pu tomber entre les mains de l'ennemi. »

LECOMPTE (Maurice), médecin-aide-major de 1re classe au 329e régiment d'infanterie.

« D'une conscience et d'un dévouement admirables et sans bornes. Au front depuis le début de la campagne, a toujours fait preuve du plus courageux sang-froid en dirigeant la relève des blessés sur le champ de bataille, n'hésitant jamais à se porter sur la ligne de feu, sans aucun souci du danger. A été tué le 26 juillet 1917 à Paissy (Aisne) dans l'exercice de ses fonctions. »

LEDUC (Jean-Paul), médecin-major de 2e classe au 114e régiment d'infanterie.

« A assuré sous le feu de l'ennemi avec un courage et un complet esprit de sacrifice la relève des blessés. Atteint d'un éclat d'obus à la cuisse, se l'est fait extraire, est resté à son poste, a continué à parcourir la ligne de bataille pour vérifier l'exécution de ses ordres et soigner les blessés. Tué le 13 juin 1918 en faisant évacuer, sous le bombardement, un poste de secours incendié. Laisse au régiment, non seulement la réputation d'un médecin plein de dévouement, mais aussi celle d'un beau soldat français. Déjà cité. »

LE GORGEN (Victor), médecin-major de 2e classe au 2e régiment d'infanterie coloniale.

« Depuis le début de la campagne, s'est distingué par son courage et son sang-froid sous le feu et par son dévouement éclairé auprès des blessés. A pris part, le 22 août 1914, à un combat où il a été très exposé et est resté seul médecin pour assurer le service du régiment du 22 août au 10 septembre 1914, assurant en même temps le service médical d'un autre régiment qui ne comptait plus de médecin. Pendant trois jours, il a dû, avec des moyens très réduits, soigner et évacuer les blessés de différents combats. Aux combats des 14 et 15 septembre 1914, a déployé une activité digne de tout éloge. »

LE MAGNET (Paul-Emile), médecin-aide-major de 1re classe au 47e régiment d'artillerie.

« A fait plus que son devoir, estimant qu'on n'en faisait jamais assez. Est tombé frappé d'une balle le 18 février 1915 alors que, sans souci du danger, il allait en ligne assurer son service, à Berny-Rivière (Aisne). »

LEMAIRE, médecin-aide-major de 2e classe au 13e régiment d'infanterie.

« Donne sans cesse l'exemple du plus grand dévouement : se rend chaque jour dans les tranchées pour repérer l'emplacement des blessés tombés entre les deux lignes et va les relever la nuit venue, le plus souvent sous un feu violent. A été blessé lui-même, à la tête, d'un éclat d'obus. »

LEMAIRE (Fernand-Philippe), médecin-aide-major de 2e classe au 96e régiment d'infanterie.

« Dès son arrivée au régiment s'est immédiatement distingué par un caractère ferme et énergique, donnant toujours l'exemple du courage et du sang-froid à son personnel. A été blessé le 27 septembre 1915 en allant en plein jour, dans une situation très périlleuse, organiser la relève des blessés sur le champ de bataille. »

LE MERRE DE PAS (Charles), brancardier au 201e régiment d'infanterie.

« S'étant dévoué pour aller relever, en pleine action, des blessés en avant de nos lignes, a été frappé mortellement d'une balle au moment où il revenait, portant un blessé sur son dos. »

LE NAVENNEC (Yves-Louis), médecin-aide-major, de 2e classe au 62e régiment d'infanterie.

« D'un dévouement et d'un courage admirables dont il a donné sans cesse les preuves au cours des récentes opérations occupant les postes de secours les plus exposés et se prodiguant pour relever et soigner les blessés sous les plus violents bombardements. A été très grièvement blessé le 5 mai 1917. Mort le 10 mai à Cœuilly (Aisne). »

LEPINE (Daniel-André), médecin-auxiliaire au 13e bataillon de chasseurs alpins.

« D'un dévouement au-dessus de tout éloge, suit les combattants pied à pied, s'empressant au péril de sa vie auprès des blessés et assurant leur évacuation rapide dans les conditions les plus difficiles. Debout nuit et jour excite le dévouement et l'enthousiasme des hommes. Toujours volontaire pour les missions périlleuses. Tué le 1er novembre 1914 au col de Sainte-Marie (Vosges) au moment où il soignait un officier grièvement blessé et qu'il n'avait pas voulu abandonner à l'ennemi qui menaçait la position. »

LEPLANT (Jean), infirmier au 108e régiment d'infanterie.

« Etudiant en médecine. Courageux et dévoué. Le 28 septembre 1915, n'a pas hésité à se porter sur un des points les plus violemment bombardés pour y soigner des blessés. Tué en accomplissant sa noble tâche. »

LERMOYEZ (J.), médecin-auxiliaire du groupe cycliste de la 5e division de cavalerie.

« A fait preuve du plus grand dévouement dans les soins à donner aux blessés du groupe. A été grièvement blessé par un obus tombé sur le poste de secours. »

LEROUGE (Augustin).

« Avec un calme remarquable et le plus grand mépris du danger, pendant trois jours et trois nuits, sans trève ni repos, a pansé les blessés sous un bombardement d'une violence extrême à 300 mètres des lignes ennemies, assurant malgré tout l'évacuation des blessés d'une manière parfaite. »

LESELLIER (Félix-Victor), médecin-auxiliaire au 243e régiment d'artillerie.

« D'un grand courage et d'une grande abnégation. Le 16 août 1917, la batterie étant soumise à un violent bombardement, s'est porté bravement à découvert pour prodiguer ses soins aux blessés. Très grièvement atteint lui-même, a donné l'ordre à ses infirmiers de soigner tous les autres blessés avant de s'occuper de lui. Mort le lendemain à Longueval (Aisne). »

LÉVÊQUE (P.-J.), médecin-aide-major de 1re classe au 227e régiment d'infanterie.

« A prouvé, aux jours de combat, du sang-froid, du courage et du dévouement. Dirige le service du 227e dont il est le chef, avec toute l'autorité d'un médecin de l'active. Très belle attitude sous le feu. »

LÉVY (Albert), officier d'administration de 1re classe de réserve du 15e corps d'armée. Une blessure. Quatre citations.

Ordre de la 165e D. I. : « Officier gestionnaire d'un dévouement inlassable. Blessé le 16 août 1918, n'en a pas moins continué à prendre part à la direction des évacuations et à assurer d'une façon parfaite le service pénible des identifications et inhumations. »

LÉVY-VALENSI, médecin-aide-major de 1re classe à l'ambulance 15/20.

« S'est distingué par ses belles qualités professionnelles et son dévouement envers les malades et particulièrement les typhoïdiques confiés à ses soins. Blessé grièvement au bras droit, le 14 septembre 1915, alors qu'il dirigeait l'évacuation des blessés de son ambulance en partie détruite par un bombardement. Est tombé en criant : « Vive la France ? »

LEYMARIE (Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe au 344e régiment d'infanterie.

« A rempli en toutes circonstances, soit dans la vie courante du régiment, soit à l'occasion de maintes affaires de guerre auxquelles le corps a participé et en particulier le 16 février 1915, ses fonctions avec un zèle absolu et une compétence incontestable. »

LLOBET (Georges), médecin-aide-major de 2e classe au 12e régiment d'artillerie.

« Au front depuis le début de la campagne, s'est toujours fait remarquer par sa compétence technique antant que par son déveuement le plus absolu. A assuré son service sur les positions de batterie à Verdun et dans la Somme avec un beau sang-froid, dans des circonstances souvent critiques et périlleuses. »

LOISELEUR (Jean), médecin-aide-major de 2e classe au 124e régiment d'infanterie.
« A montré depuis le début de la campagne, de grandes qualités de dévouement, d'activité et de courage. Le 23 septembre 1914 soigna les blessés dans un bâtiment battu par le feu des obusiers et a retiré tous ses blessés de dessous les décombres de la maison écroulée. »

LONG, médecin-major, au 167e régiment d'infanterie.
« Pendant le combat du 11 août 1915, se trouvant au poste de secours, dans une zone considérée comme abritée, puis exposée brusquement à un bombardement d'obus de gros calibre, a, grâce à son sang-froid et à son attitude courageuse, rétabli le calme autour de lui et pris des mesures immédiates pour éviter des pertes plus sérieuses. »

LORY (François-Joseph), médecin-auxiliaire, au 107e régiment d'infanterie.
« D'un zèle inlassable et d'un dévouement absolu. A été mortellement frappé le 22 avril 1916 sur la première ligne près de Verdun. A donné jusqu'au dernier moment, malgré d'atroces souffrances, l'exemple d'une résistance admirable et d'une héroïque abnégation, refusant de se laisser relever avant que le dernier blessé n'eût été évacué. »

LOUAZIL (Mlle Pauline), infirmière à Pont-Sainte-Maxence.
« A montré autant de courage que de dévouement dans des circonstances difficiles et donné le plus bel exemple d'énergie et de sang-froid en traversant, la nuit, avec quelques infirmiers qui accompagnaient les blessés, une région très dangereuse. Blessée dans les combats sur l'Aisne. »

LOUBATIE (René), médecin-auxiliaire, au 9e zouave de marche.
« Déjà cité à l'ordre de la brigade, cité à l'ordre de la division pour sa brillante conduite aux combats de fin avril 1915, n'a pas cessé depuis lors de relever ses blessés au mépris du danger. Blessé à la jambe grièvement. »

LOUGE (Joseph), médecin-auxiliaire, au 7e zouave.
« Le 20 août 1914, à Bidestroff, resté à son poste de secours, continuait à soigner les blessés, malgré l'avance de l'ennemi. Tombé glorieusement frappé alors qu'il criait : « Ambulance », prenant ainsi la défense des blessés. »

DE LYROT (Mlle), infirmière à Maubeuge.
« A prodigué ses soins à de nombreux blessés pendant le bombardement et l'investissement de cette place. A été libérée après trois mois passés près des blessés français et allemands. A montré un dévouement et une vaillance dignes des plus grands éloges. »

MACHEREZ (Mme), présidente d'une société d'infirmières à Soissons. Légion d'honneur.
« Pendant l'occupation allemande a fait preuve de la plus grande ténacité pour la défense des intérêts français et a donné, dans les mois qui ont suivi, un exemple magnifique du mépris du danger. Passionnément attachée au pays et à l'armée, elle a fait face, dans les circonstances les plus périlleuses, à d'incessantes difficultés donnant à tous le plus beau témoignage de dévouement et de vaillance. »

MADEC (Louis-René), officier d'administration de 2e classe (active), au 10e C. A. Une blessure. Deux citations.
« Officier très consciencieux d'un dévouement à toute épreuve. Depuis trois ans a suivi le G. B. D. partout, à Verdun, dans la Somme, en Champagne, en Argonne, faisant preuve dans les circonstances les plus critiques d'un courage et d'une prévoyance remarquables. »

MADRAS (Mlle Léonie), infirmière, institutrice à Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais).
« Munie du brevet d'infirmière, a, pendant quinze mois, consacré tous les instants dont elle pouvait disposer à soigner avec le plus grand dévouement les blessés en traitement dans l'ambulance de cette commune. Son école ayant été repliée, à raison de fréquents bombardements, sur une localité un peu plus éloignée du front, s'est volontairement imposé, de jour et de nuit, les déplacements les plus fatigants pour continuer ses soins à l'ambulance d'Hersin. N'a cessé son service que lorsque les bombardements ayant rendu la situation intenable, l'ambulance elle-même dut être évacuée. A fait preuve en toute circonstance, d'une énergie et d'un courage remarquables. »

MAGNIEN médecin-aide-major de 2e classe, 3e ambulance. expédition d'Orient.
« N'a jamais interrompu son travail, quel que soit le danger. Le 19 juin 1915 a soigné sans arrêt les blessés pendant le bombardement du camp. Faisant une opération délicate au moment où un obus de gros calibre tombait à moins de 10 mètres de la tente d'opérations et le couvrait d'éclats, a continué cette opération avec le même calme que s'il avait été dans sa clientèle civile. Alors qu'il prenait un peu de repos auprès des blessés, a été tué par un éclat d'obus. »

MAGNIN (Léonce-Marie-Antoine), médecin-aide-major de 2e classe, au 44e régiment d'infanterie.
« Dans la nuit du 12 au 13 septembre s'est porté en avant de Bouchavesnes pour relever les blessés ; ne s'est replié qu'au contact des patrouilles ennemies et s'est établi en toute première ligne, où, sous de violents bombardements, il a prodigué ses soins. Blessé grièvement lui-même le 15, a continué à faire l'admiration de tous par son courage. Mort des suites de ses blessures le 2 octobre 1916 à Amiens. »

MAIRE, médecin-aide-major de 1re classe, au 5e régiment d'infanterie.
« A repris son service à peine guéri d'une blessure grave et ne cesse de faire preuve de courage personnel et de dévouement professionnel. »

DE MAISTRE (Mlles Geneviève et Jeanne).
« Sous la direction de Mlle Canton-Bacara ont rempli, avec autant de courage que d'abnégation, toutes les tâches que comporte le soin des blessés, et n'ont pas quitté le poste périlleux que leur dévouement avait choisi depuis le début de la guerre, malgré l'occupation allemande et le bombardement ininterrompu qui l'a suivie. »

MAITRE (Mme Charlotte), infirmière à Rosendaël.
« S'est particulièrement distinguée aux bombardements des 10, 20 et 21 mai 1916 en se portant de jour et de nuit, en dehors de son service, et pendant le bombardement au secours des blessés auxquels elle a ensuite prodigué ses soins à l'hôpital. Nommée chevalier de la Légion d'honneur à titre militaire, le 9 août 1917, avec le motif suivant : Infirmière d'élite, d'un courage et d'un dévouement au-dessus de tout éloge ; rend, depuis le début des hostilités, les services les plus appréciés en chirurgie et en médecine. Affectée comme volontaire dans une formation de première ligne, a supporté vaillamment les dangers et les fatigues de la vie du front dans les abris souterrains, a montré, sous les bombardements multiples auxquels sa formation a été soumise, un courage et une décision exemplaire. Blessée par des éclats d'obus en faisant son service, a refusé de se laisser évacuer. A contracté deux affections graves dans son service, alors qu'elle donnait ses soins à des contagieux. Déjà deux fois citée à l'ordre du jour. »

MALBREIL (François-André), officier d'ordonnance de 3e classe de réserve du 17e corps d'armée. Trois blessures. Deux citations.
« Sergent brancardier du G. B. D. 52, sérieusement intoxiqué par gaz asphyxiants en évacuant des blessés dans un secteur exposé a fait preuve de la plus grande énergie et lutte jusqu'à l'épuisement de ses forces. »

MALOD (Léon), soldat-brancardier, au 36e régiment d'infanterie coloniale.
« Après l'attaque du 6 octobre 1915 au matin, a fait preuve de courage et de dévouement en allant chercher en plein jour, sur un terrain rendu intenable par le feu meurtrier de l'ennemi, des blessés et des morts qu'il a ramenés dans la tranchée de départ »

MANDONNET (Jean), médecin-auxiliaire, au 89e régiment d'infanterie. Légion d'honneur.
« A été tué à Vauquois, le 5 novembre 1914, en allant courageusement en avant des premières lignes relever les morts. A été cité. »

MANOHA (Emmanuel), médecin-principal, à la 43e division d'infanterie.
« Exerce depuis le commencement de la guerre les fonctions de médecin intérimaire avec beaucoup de zèle et de dévouement, y assurant l'évacuation rapide des blessés dans les conditions les plus difficiles et payant largement de sa personne. Blessé grièvement par un obus le 28 mai 1915 près du poste de commandement du général commandant la division. »

MARC (Louis-Marie-Charles), médecin-major de 2e classe, au 70e bataillon de chasseurs. Trois citations à l'armée.
« D'un dévouement, d'un zèle admirables, toujours sur la brèche, dans les boyaux, près de la ligne de feu. Est sorti à plusieurs reprises entre les lignes distantes de 20 mètres pour identifier les morts et essayer de les relever. Tombé glorieusement le 22 juillet 1916 à Maricourt (Somme). »

MARCHAND (Jules), officier d'administration principal, hôpital de Versailles (active), officier de la Légion d'honneur du 6 juillet 1919. Trois citations.
« Comme gestionnaire du G. B. D. 45, s'est fait remarquer d'une façon toute particulière par son courage et son dévouement. Notamment à la bataille de la Marne en 1914 et sur l'Yser en 1915 où avec le plus grand mépris du danger, dans des circonstances très pénibles, il a participé de jour et de nuit, sous le feu de l'ennemi, à la relève des blessés entraînant les brancardiers sous ses ordres et donnant à tous le plus bel exemple de sacrifice. »

DE MARE (Mme Léona-Ghislaine).
« Cette infirmière, en raison de son activité et de son inlassable dévouement, s'est fait remarquer par les différents chefs qui se sont succédé à l'hôpital complémentaire 56 de Royan. S'est intéressée très généreusement à tout ce qui était de nature à réconforter le soldat blessé. Elle s'est montrée excellente collaboratrice des chirurgiens. »

MARINI (Germain), aide-major de 1re classe, au 176e régiment d'infanterie.
« Blessé par l'explosion d'un obus éclatant dans le poste de secours, a, par son sang-froid, maintenu l'ordre parmi les malades et les infirmiers et continué à assurer le service médical du bataillon. »

DE MARTEL DE JANVILLE (T. J. M. F.), médecin-aide-major, au 292e régiment d'infanterie.
« A montré, en de nombreuses circonstances, un courage et une énergie remarquables, en procédant, sous un feu très violent, à la recherche des blessés étant en danger dans une ferme incendiée, a entraîné ses infirmiers, sous un feu extrêmement violent, les a conduits à la ferme et a réussi à ramener ces blessés. A été blessé le 3 octobre 1914. »

MARTENE (André), aspirant-médecin-auxiliaire à un groupe de brancardier d'une division.
« A fait preuve, depuis le début de la campagne, d'un dévouement et d'un courage au-dessus de tous les éloges, au cours de différentes relèves en septembre 1914, mars et octobre 1915. S'est particulièrement distingué dans la période du 18 au 27 avril 1916. Dans la nuit du 19 au 20, alors qu'il venait d'être privé d'une partie de son personnel au début de l'action, a néanmoins assuré l'évacuation sans la moindre perturbation. Le 22 août 1916, a été fortement commotionné par éclatement d'obus et a cependant continué son service qu'il a assuré sans fléchir jusqu'au dernier moment. »

MARTIN (Noël), médecin-major, au 3e zouaves.
« D'un courage et d'un dévouement à toute épreuve. Depuis le début de la campagne se dépense sans compter malgré ses cinquante-deux ans. Quoique grièvement blessé en octobre 1914, a refusé d'être évacué et a soigné des blessés sous le feu à l'attaque du 12 novembre 1914. Désigné comme médecin-chef d'une ambulance, a demandé avec instance à rester au 3e zouaves. A fait preuve, le 25 septembre 1915, en se portant à l'attaque au milieu de son bataillon, des plus belles qualités de courage et d'énergie et a soigné de nombreux blessés sur le terrain même de la lutte. Étant, par son âge, libéré de toute obligation militaire, a demandé à être affecté à un bataillon actif où, depuis le début de la campagne, il offre le plus bel exemple de courage et de dévouement en s'exposant sur les champs de bataille, sans souci du danger. »

MARTIN (Victor), médecin-principal de 1re classe, chef du service de santé d'une division.
« Remarquable chef de service qui n'a cessé depuis le début de la campagne, de diriger avec une intelligence, une conscience, un dévouement dignes des plus grands éloges, le service de santé de sa division, notamment le 22 août, où il est resté à l'ambulance après le départ de toutes les troupes, les 27 et 28 août, les 7, 8, 9 et 10 septembre et enfin à l'attaque du 8 décembre. N'a jamais hésité, avec un courage calme et tranquille, à se porter aux postes les plus périlleux pour assurer le bon fonctionnement de son service. »

MAUX (André), médecin-major de 2e classe, aux tirailleurs marocains.
« S'est fait remarquer depuis le début de la cam-

pagne par son dévouement et sa bravoure. S'est particulièrement distingué dans les combats des 5 et 6 mai. Modèle de bravoure et d'abnégation, a toujours fait l'admiration de tous par son esprit de sacrifice. Tombé glorieusement le 16 juin 1915 à Aix-Noulettes (Pas-de-Calais) dans l'accomplissement de son devoir professionnel. »

MATHIEU (Paul), médecin-aide-major de 1re classe, au 349e régiment d'infanterie.

« S'est constamment distingué depuis le début de la campagne par un dévouement et un courage à toute épreuve, en même temps que par ses hautes qualités professionnelles. Le 23 août 1914 n'a pas hésité à aller sous le feu rechercher le corps du lieutenant-colonel et de deux capitaines qui venaient de tomber. Le 3 mars 1915, pendant une fusillade de nuit aux avant-postes et sous bois, s'est porté en avant, malgré le très réel danger, pour secourir un officier blessé. »

MEGNIN (René-Georges), médecin-aide-major de 2e classe, au 149e régiment d'infanterie.

« Depuis le début de la campagne, a participé à tous les combats du régiment. S'est toujours fait remarquer par son entier dévouement et son zèle en soignant les blessés sous le feu de l'ennemi. Blessé très grièvement le 15 juillet 1915 dans un poste de secours avancé, a dû être amputé de la jambe gauche. A été cité à l'ordre de la division pour sa belle conduite en Belgique. »

MEGNIN (Marcel), médecin-auxiliaire G. B. D. 129.

« Est sorti d'une tranchée pour aller chercher les papiers d'un officier qui venait d'être tué devant cette tranchée. A reçu une salve de coups de fusils de l'ennemi. A été grièvement blessé d'une balle en plein front. Avait toujours fait preuve d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve (Lingerkopf). »

MEILLON (Alfred-Emmanuel), médecin-major de 2e classe, au 46e bataillon de chasseurs alpins.

« Affecté à une formation de l'intérieur, a sollicité dès le premier jour de partir au front avec une unité combattante. A toujours refusé un poste à l'arrière. Blessé trois fois, a toujours refusé de se laisser évacuer et a continué, malgré ses blessures, ses soins aux blessés. »

MELLIN (Georges-Léon-Ghislain), pharmacien-aide-major de 2e classe, au 1er corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920. Une blessure. Deux citations.

« Pharmacien aide-major courageux et dévoué, n'a pas cessé d'être un auxiliaire précieux pour son chef de service en le secondant en toutes circonstances avec beaucoup de sang-froid et de dévouement. Gravement intoxiqué est resté à son poste jusqu'à la limite de ses forces. »

MERKLEN (Robert), médecin-auxiliaire, au 146e régiment d'infanterie.

« Médecin-auxiliaire d'un dévouement admirable. Déjà cité le 28 février 1916 à l'ordre, après une première blessure, a continué au cours des combats des jours suivants à soigner les blessés en plein champ de bataille avec un mépris absolu du danger. Blessé à nouveau d'un éclat d'obus, n'a été évacué qu'après la relève de son bataillon, sa tâche terminée. »

MERLIN (André), pharmacien-auxiliaire, à l'artillerie d'une division coloniale.

« N'a cessé de faire preuve de dévouement et du mépris du danger. Chargé d'aller recueillir des blessés, le 5 septembre 1914, a pénétré dans une ville bien qu'averti que les Allemands en avaient commencé l occupation. S'est acquitté de sa mission et a ramené ses blessés en essuyant le feu de l'ennemi. »

MEUNIER (René-Adrien-Augustin), officier d'administration de 2e classe de réserve du 5e corps d'armée. Trois citations.

« Officier distingué et très courageux. Est venu volontairement du 2 au 17 octobre occuper un poste avancé du G. B. D. d'où il a surveillé avec un courage et un dévouement constant, en dépit de bombardements intenses, l'évacuation des blessés et intoxiqués du secteur. S'était déjà fait remarquer en Argonne (août 1915), Champagne (septembre 1915), Somme (août-décembre 1916). Aisne (janvier-avril 1917).

MYGRET (Eugène-Victor).

« A fait preuve d'une énergie exceptionnelle en refusant d'abandonner son service, malgré les atteintes d'une maladie à laquelle il a succombé. A donné le plus bel exemple de sang-froid au cours d'un bombardement en dirigeant des évacuations de blessés. Mort à Verdun le 4 janvier 1916. »

DE MEYRONNET DE SAINT-MARC (baronne J.), née Denyse de Fontaines, infirmière à Reims.

« A montré pendant toute la durée des hostilités et pendant les bombardements les plus violents le plus grand dévouement et la plus entière abnégation et a fait preuve du courage le plus actif et le plus désintéressé. »

MILLEQUANT (Jules-Louis-Constant), médecin-sous-aide-major au 233e régiment d'infanterie.

« N'a cessé au cours de la campagne de faire preuve des sentiments les plus généreux et d'un courage qui provoquait l'admiration de tous. Est tombé mortellement blessé le 6 avril 1918 à Noyon en assurant son service avec sa crânerie habituelle sous un violent bombardement. »

MOCQUILLON (Joseph-Auguste-Rodolphe), officier d'administration de 2e classe (active), Algérie. Chevalier de la Légion d'honneur du 15 octobre 1916. Une blessure. Quatre citations.

« A été atteint par éclat d'obus de contusion violente de la paroi thoracique au moment où il surveillait le chargement des blessés dans un village violemment bombardé. A continué son service, donnant ainsi un bel exemple d'énergie. »

MONÉRY (André), médecin-major de 2e classe au 5e chasseurs d'Afrique.

« S'est distingué au cours de la campagne par son énergie, son activité et son dévouement. S'est dépensé sans compter dans les circonstances les plus périlleuses. A déjà été cité. »

MONVOISIN (Jean-Félix), médecin-auxiliaire G. B. D. 21.

« Comme infirmier régimentaire, puis comme médecin-auxiliaire, a fait constamment preuve de bravoure et de dévouement. A demandé à remplir une mission périlleuse. Tué en se portant au secours d'un blessé, le 16 juin 1916 à Baleicourt (Verdun). »

MORAND (J.-C.-E.), officier d'administration de 1re classe, gestionnaire de l'ambulance d'un C. A.

« Nombreuses annuités et campagnes antérieures. A rempli avec beaucoup de courage, en plusieurs circonstances, les fonctions d'officier de l'état-major, alors qu'il était au groupe de brancardiers d'une division. »

MONIER (Marie-Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe H. O. E. no 2.

« Services éminents au cours de l'épidémie de typhus. Déjà noté pendant la campagne de France comme intrépide au feu. Mort le 1er avril 1917 à Excisson (Grèce). »

MONNICQ (P. E. R.), médecin-auxiliaire au 211e régiment d'infanterie.

« D'un dévouement exceptionnel et continu, a notamment prêté aide au service sanitaire d'un corps voisin en établissant et en dirigeant, pendant les combats des 7 et 9 avril 1915, un poste de secours sous un feu violent et sans prendre de repos ni de nourriture pendant quarante-huit heures. »

MOURET (Paul-Louis-Marius), médecin-sous-aide-major au 120e bataillon de chasseurs.

« Légendaire au bataillon par sa constante bravoure et son mépris absolu du danger. Intoxiqué par les gaz, a refusé de se laisser évacuer et a continué son service dans un secteur particulièrement difficile. Est allé dégager sous un bombardement intense par obus de gros calibre plusieurs chasseurs ensevelis qu'il a sauvés d'une mort certaine. Maintes fois cité pour sa conduite au feu. Se prodigue sur le champ de bataille, suivant les vagues d'assaut, soignant les blessés malgré les bombardements et les balles. Blessé au commencement d'un combat, a continué à assurer son service jusqu'à la mort. »

MUGEL (Paul-Jean), médecin-aide-major de 2e classe au 6e génie.

« Médecin militaire coutumier des actes de courage. Le 19 décembre 1916 est sorti du poste bombardé pour courir au secours d'un sergent territorial qui n'appartenait pas à son unité. A été mortellement frappé à ce moment-là. Mort à Cléry, (Somme). »

NAUDY (André), officier d'administration de 3e classe de réserve du G. M. P. Une citation.

Ordre des Missions militaires en Russie : « Le 27 février 1918, dans une des principales avenues de Tiflis, en se rendant avec le médecin-chef à la Croix-Rouge russe pour le service de la mission, se trouve pris au milieu d'une intense fusillade lors de la dégradation forcée des officiers russes par les bolcheviks. Prend immédiatement et sans se préoccuper du danger des dispositions pour faire transporter les blessés à l'hôpital. »

NEIGE (Henri-Edouard), officier d'administration de 1re classe de l'armée territoriale du 6e corps d'armée. Deux blessures. Une citation, comme aviateur.

« Après un bombardement de nuit, a donné un bel exemple d'endurance et de sang-froid en tenant l'air plusieurs heures pour pouvoir regagner son terrain d'atterrissage, malgré de nombreuses difficultés. »

NICOLAS (Mlle Jeanne), infirmière à Reims.

« Depuis le 17 août 1914 a fait preuve d'un inlassable dévouement et d'un grand courage pendant les nombreux bombardements qu'a subis la ville. A été blessée aux jambes par un éclat d'obus, le dimanche 2 avril 1916, au moment où elle pansait les blessés qui venaient d'être amenés à l'hôpital. »

NORDMAN (Charles-Joseph), médecin-auxiliaire, au 3e tirailleurs de marche.

« Courageux et d'un dévouement à toute épreuve. A été atteint très grièvement en assurant une relève de blessés avec beaucoup de sang-froid et de mépris du danger. Mort des suites de ses blessures, à Vittel, le 5 janvier 1917. »

OSTER (Gabriel-Auguste), officier d'administration de 3e classe de réserve du 19e Corps d'armée. Trois blessures. Trois citations.

« Incomplètement guéri d'une blessure reçue en 1915, s'est dépensé au delà de ses forces au cours des travaux d'organisation défensive du plateau de Californie, donnant à tous le plus bel exemple de courage et d'énergie (mai 1917). Evacué seulement au moment où la Compagnie était relevée, a manifesté simplement sa satisfaction de ne la quitter qu'au moment où sa tâche était accomplie. »

OULÈS (Jean), médecin-auxiliaire au 237e régiment d'infanterie.

« A fait preuve au cours de la campagne d'un dévouement inlassable et d'un courage au-dessus de tout éloge. Très instruit, très calme devant le danger. Très aimé des hommes. Blessé mortellement le 17 octobre 1915 à Aubigny-en-Artois (Pas-de-Calais) au poste de secours de première ligne. »

PAGE (Maurice), médecin-aide-major de 1re classe à la 1re division de cavalerie.

« Est allé une première fois relever et panser des blessés au milieu des lignes ennemies ; une seconde fois, le 28 septembre 1914, profitant d'une accalmie dans le feu intense de l'ennemi, est allé pour secourir et ramener des blessés tombés dans les lignes allemandes et a été fait prisonnier. A subi deux mois de dure captivité et est revenu sur le front sur sa demande. »

PAMBET (Maurice), médecin-aide-major de 1re classe au groupe de brancardier de la 7e division.

« Depuis le commencement de la campagne, n'a cessé d'entraîner, par son exemple, les brancardiers de la formation dans toutes les circonstances où il s'est agi d'aller au secours des blessés, dans des conditions risquées. Tout dernièrement a dirigé, à plusieurs reprises, le relèvement des blessés par des routes très exposées aux projectiles, notamment dans la nuit du 26 au 27 février 1915. »

PANAS, D'HAUSSONVILLE, MURAT, WARENDER, ANSART, KESSISSOGLUT (Mmes) infirmières à l'ambulance de Furnes.

« Ont fait preuve du plus grand dévouement et d'un très grand courage en soignant les blessés français des ambulances de Furnes. Malgré un bombardement presque journalier, sont restées à leur poste jusqu'à ce que le dernier blessé soit évacué. »

PARIS, médecin-major de 2e classe au 225e régiment d'infanterie.

« A fait preuve dans son service de la plus grande compétence et de la plus grande bravoure, particulièrement au combat du 12 octobre 1914 où il a porté secours à de nombreux blessés sous un feu très violent et où il a continué à ramasser dans la nuit, un grand nombre de blessés. »

PATRIARCHE (Pierre), médecin-aide-major de 2e classe au 213e régiment d'infanterie. Déjà titu-

laire de la médaille militaire et de trois citations.

« Médecin admirable dont le courage et l'esprit de sacrifice étaient et demeureront légendaires. Au front depuis le début de la campagne, a pris part à tous les engagements du régiment, toujours au milieu des vagues d'assaut, prodiguant partout ses soins et bravant la mort. A été tué le 24 juillet 1917 au moment où il pansait un blessé en terrain découvert au plateau de Casenates (Aisne). »

PATTE (Amédée), médecin-principal de 2e classe, chef du Service de Santé d'une division d'infanterie.

« S'est distingué en toutes circonstances par sa haute valeur professionnelle, son dévouement et son activité. A, au cours des opérations de septembre 1915, fait fonctionner remarquablement son service, de jour et de nuit, sur le champ de bataille, malgré l'intensité du feu de l'ennemi. »

PAULIN (Pierre-Marie), pharmacien-aide-major de 1re classe du 9e Corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure. Trois citations.

« D'un moral très élevé, d'une activité inlassable, s'est fait remarquer par son mépris absolu du danger et son dévouement admirable en contribuant à la recherche des blessés et des morts sous le feu de l'ennemi. »

PÉAUD (André-Jean-René), médecin-auxiliaire au 137e régiment d'infanterie.

« A toujours fait preuve d'un dévouement absolu. Lors de l'attaque du 19 novembre 1914, les boyaux de communication étant remplis de troupes, s'est porté en première ligne en terrain découvert sous une grêle de balles pour aller secourir un blessé. »

PELICAND (Emile), médecin-aide-major de 1re classe au 60e régiment d'infanterie.

« A, depuis le début de la campagne, fait preuve de belles qualités de courage et d'énergie. A pris, au combat, dans des conditions particulièrement difficiles, la direction du Service de Santé, après la mort de son chef écrasé par un obus ; et par son activité et sa présence d'esprit dans le danger, a contribué à évacuer un grand nombre de blessés menacés de tomber aux mains de l'ennemi. »

PÈRE (Jean), médecin-major de 2e classe au 307e régiment d'infanterie.

« N'a cessé depuis le début de la campagne de montrer en toutes circonstances les belles qualités professionnelles qui lui avaient déjà valu d'être cité à l'ordre des troupes du Maroc. S'est dépensé sans compter pour prodiguer ses soins, sous le feu, aux blessés en différents combats, où il a été blessé lui-même le 2 novembre 1914. »

PÉRINELLE (Georges-Henri-Marie-Kilford), officier d'administration de 2e classe du G. M. P. Trois citations.

« Officier d'approvisionnement du G. B. D. 128. A tenu, malgré le bombardement continu du terrain, a reconnaître les postes de secours, les postes de recul et les boyaux du secteur de la D. I. du 11 au 22 juillet 1916 afin de donner aux brancardiers le soutien moral et de sa connaissance du terrain. Toujours prêt pour la relève des blessés. N'a pas cessé d'entraîner les brancardiers sur qui son ascendant est toujours considérable. »

PÉROT (Henri-G.-M.), médecin-major de 2e classe de l'ambulance 1/6 d'une division d'infanterie.

« A été blessé le 20 septembre 1915 pendant un violent bombardement dans l'ambulance qu'il dirigeait. A conservé la direction des secours, donnant ses ordres étendu sur un brancard et ramenant le calme par son héroïque attitude. »

DE PERRETTI DELLA ROCCA (Valère-Paul), médecin-auxiliaire au 169e régiment d'infanterie.

« Le 25 septembre 1915, est sorti des tranchées aussitôt après le départ du bataillon d'assaut pour venir panser sur la ligne de feu, balayée par les mitrailleuses et un bombardement intense d'artillerie, les nombreux blessés qui venaient de tomber. A été tué le 28 septembre 1915 devant Sainte-Menehould. »

PETYT (Mlle Lucienne).

« Pendant la bataille de X..., alors que de nombreux blessés passaient dans son hôpital, leur a prodigué infatigablement des soins éclairés ; n'a pas hésité à continuer son service au cours des bombardements répétés de la gare où est installé cet hôpital. »

PHILIPPI (Paul), sous-aide-major au 16e régiment d'infanterie.

« D'un courage à toute épreuve, d'un dévouement absolu, a toujours donné toute satisfaction à ses chefs par sa manière de servir. A été tué en pleine bataille à Grand-Rozoy (Aisne), le 1er août 1918. »

PIRONNEAU (Pierre), médecin-aide-major de 2e classe au 142e régiment d'infanterie.

« A fait preuve du plus grand courage en se rendant de nuit entre les lignes après le combat du 25 septembre 1915, malgré le feu de l'ennemi pour ramener plusieurs blessés restés près des fils de fer ennemis. »

PIERRAT, médecin-auxiliaire au 157e régiment d'infanterie.

« A assuré avec une bravoure et un dévouement absolus l'évacuation des blessés au milieu d'un bombardement très intense et pendant l'assaut d'une position allemande. A été couché par terre et légèrement blessé par l'éclatement d'obus au moment où il essayait de ramper pour dégager les blessés entre la tranchée allemande et la tranchée française. »

PIERSON (Mlles Louise et Jeanne), infirmières à Pont-à-Mousson.

« Depuis le début de la guerre, ont fait preuve du plus beau dévouement en consacrant tout leur temps et toutes leurs forces aux malades et blessés reçus par l'hôpital. Ont fait preuve du plus grand sang-froid pendant les bombardements de Pont-à-Mousson au cours desquels l'hôpital reçut plusieurs obus. »

PINARD (Marcel), médecin-major de 2e classe, 57e bataillon de chasseurs à pied. Trois citations.

« A rempli ses fonctions avec le plus grand dévouement depuis le début de la campagne, a fait preuve d'énergie au cours des combats, s'est particulièrement distingué par son initiative à se procurer des moyens de transport de fortune pour l'évacuation des blessés, dans des circonstances difficiles. A assuré le service médical du bataillon de façon parfaite, notamment pendant les combats auxquels il a pris part et au cours desquels il a toujours montré l'exemple du dévouement, de l'énergie, du courage et du mépris du danger. Médecin de la plus haute valeur morale et d'une compétence professionnelle remarquable dirige le service médical du bataillon avec un inlassable dévouement, se rendant compte personnellement, avec le plus grand mépris du danger, de tous les détails de son service. Enterré dans son abri, pendant plusieurs heures le 17 juin 1917, a donné un réel exemple de courage en continuant à assurer son service malgré les contusions qu'il avait reçues. »

PLANCKE (Albert-Charles), pharmacien-aide-major de 2e classe, à titre temporaire. Gouvernement militaire de Paris. Chevalier de la Légion d'honneur. Deux blessures. Quatre citations.

« D'une haute valeur morale et d'un courage à toute épreuve, a été blessé grièvement au cours d'une reconnaissance comme cavalier au régiment de cuirassiers ; incomplètement guéri est revenu au front sur sa demande et n'a cessé de donner en qualité de pharmacien aide-major les plus beaux exemples de dévouement, de courage et d'abnégation. Médaillé militaire pour faits de guerre. »

POIROT (Mlle Antoinette), infirmière à Sainte-Menehould.

« Depuis le début de la guerre, a assuré son service sans interruption avec un absolu dévouement ; restée seule infirmière pendant l'occupation allemande, à l'hôpital Saint-Charles de Sainte-Menehould, s'est dépensée depuis lors auprès des typhiques et des grands blessés, sans souci des bombardements ; a porté secours aux blessés, au péril de sa vie, et a continué d'exercer ses fonctions avec le même zèle, en dépit de deux attaques d'intoxication. »

POISSON (Hippolyte).

« Surpris à 100 mètres des lignes ennemies, à l'attaque d'un village, le 16 septembre 1914, a pu ramener à l'ambulance tous les blessés qu'il avait fait ramasser. »

POMMADÈRE (Maurice-Augustin), médecin-aide-major de 1re classe au 59e bataillon de chasseurs.

« D'un dévouement à toute épreuve. Tombé glorieusement dans les tranchées de première ligne en se portant près d'un sous-officier qui venait d'être blessé, le 14 juillet 1917, à Avocourt (Meuse). »

DE PONTICH (Adrien-Henri), médecin aide-major de 2e classe.

« D'un grand courage et d'un inlassable dévouement. Déjà cité pour sa bravoure exceptionnelle et son mépris du danger. Mortellement atteint le 1er juin 1917, à son poste à Vauxaillon (Meuse). »

PORRET, officier d'administration de 3e classe, gestionnaire de l'ambulance alpine no 6.

« A apporté le concours le plus précieux et le plus soutenu à son chef dans l'accomplissement du service très chargé des évacuations qui incombait à la seule ambulance alpine no 6 dont les ressources étaient très limitées (matériel restreint et personnel peu nombreux et très fatigué. Armée d'Orient). »

POUCHIN (Valentin-Pierre), médecin-auxiliaire au 158e régiment d'infanterie.

« Ayant appris qu'un homme venait d'être blessé dans la tranchée, n'a pas hésité à s'y porter en plein jour, malgré le danger, et a été frappé d'une balle au moment où il sortait du boyau, le 12 janvier 1915 au mont Saint-Eloi (Pas-de-Calais). »

PRIGENT (Clément-François-Marie), officier d'administration de 2e classe, camp de Mailly. Chevalier de la Légion d'honneur. Trois citations.

« Au cours des opérations de septembre 1917, s'est distingué par son sang-froid et sa belle attitude au feu dans l'accomplissement de ses fonctions, notamment les 8 et 24 septembre 1917. »

PRUDHOMME (Jean-Marie), médecin auxiliaire.

« Le 23 octobre 1917, au chemin des Dames, sous un feu meurtrier d'artillerie, a quitté délibérément son abri pour aller secourir des blessés tombés à quelque distance et a trouvé une mort glorieuse dans l'accomplissement de son devoir. »

PATTERSON, médecin-major de 2e classe, au 22e régiment d'infanterie coloniale.

« A secondé aux combats des 14 et 15 septembre 1914, avec un absolu dévouement et un calme remarquable, le médecin-chef de service de son corps, en allant soigner les blessés sous un feu violent. »

QUEROU (Mlle Henriette), à Villers-Cotterets.

« Infirmière d'un dévouement et d'une abnégation au-dessus de tout éloge ; au front, a montré un mépris absolu du danger. Blessée grièvement par un éclat d'obus, alors qu'elle assurait son service dans une salle, a donné l'exemple du calme et du sang-froid le plus absolu. »

QUIQUET (Mme), infirmière à Reims, puis en Serbie.

« A, sous le feu des obus, montré un courage héroïque en transportant en lieu sûr les blessés de son hôpital en flammes, au prix des plus grand efforts. A eu par deux fois ses jours en dangers par maladies contractées au chevet des malades contagieux. »

RAIMBAULT (Léonce-Marie-Alexandre), officier d'administration de 3e classe du 8e corps d'armée. Trois blessures. Quatre citations.

« Sous-officier d'une exceptionnelle bravoure, énergique et plein d'entrain, donnant l'exemple à tous par son courage et son sang-froid, s'est distingué au cours de la progression du 16 mars 1917 en portant sa troupe sur une position ennemie sous le feu des mitrailleuses et dans des conditions difficiles. Blessé d'une balle au genou, a continué le combat plusieurs heures et n'a quitté son poste que sur l'ordre du commandant de la Compagnie. »

RAPIN (André), médecin-auxiliaire au 46e bataillon de chasseurs.

« A trouvé le 5 novembre 1916, dans une fin glorieuse, aux tranchées de première ligne, à Bouchavesnes (Somme), le couronnement d'une carrière exceptionnelle. Depuis le début de la guerre, n'avait cessé de se consacrer à son rôle de médecin de champ de bataille, sans jamais compter avec la peine ni avec le danger, prodiguant sa science et son dévouement, multipliant les actes d'audacieuse bravoure. Cœur ardent, excellent médecin et vaillant soldat, faisait, au milieu des braves, figure de héros. »

RAY (Albert), médecin-major de 1re classe, au 88e régiment d'infanterie.

« Officier de très grande valeur, se dépense sans compter depuis le début de la campagne. Pendant la journée du 9 mai 1915, avait organisé son poste de secours tout à proximité des lignes et a pu ainsi assurer l'évacuation rapide de tous ses blessés, sous le feu très intense de l'artillerie allemande. »

RAYNAUD (Léon-Antoine), officier d'administration de 1re classe, commandant la 7e division d'infirmiers. Chevalier de la Légion d'honneur. Trois citations.

« Officier expérimenté et plein d'allant qui sait obtenir le maximum des hommes. S'est particulièrement distingué par son courage à l'attaque de

la Malmaison du 23 octobre au 12 novembre 1917 en participant à l'organisation et à l'exécution du service de relève des blessés et à l'inhumation des morts. »

REGNAULT DE LA SOUDIERE (André-Louis-Jules), médecin-auxiliaire au 85e régiment d'infanterie.

« D'une bravoure allant jusqu'à la témérité, de la plus haute valeur morale, a fait preuve en toutes les circonstances d'un dévouement envers les blessés et d'un courage absolument remarquables. Tué le 5 février 1916 devant Verdun, en allant relever son chef de corps grièvement blessé en avant des lignes. »

REGNAULT (Emile), médecin-major de 1re classe, au 248e régiment d'infanterie.

« Chef du service médical du 248e régiment d'infanterie, n'a cessé d'assurer son service avec le plus grand zèle et la plus grande compétence et de prodiguer ses soins aux malades et aux blessés avec la plus grande sollicitude. En diverses circonstances, a organisé et assuré l'évacuation des blessés dans des conditions particulièrement difficiles et périlleuses, sous le feu de l'ennemi, et a poussé le dévouement jusqu'à porter des blessés sur son dos pour les enlever d'un village violemment bombardé et incendié par l'ennemi, le 14 septembre 1914. »

REILHAC (David-Martial), de Clairac (Lot-et-Garonne), médecin-major de 2e classe, au 134e R. I. T.

« Médecin-chef de régiment, s'est acquitté de ses fonctions avec le plus grand dévouement, s'est particulièrement distingué pendant les attaques de Champagne où, au poste de commandement du sous-secteur de tranchées, exposé à un feu violent et continu d'artillerie, il a prodigué pendant 20 jours, les soins les plus éclairés à de nombreux blessés.

RICHARD (Jules-Auguste), officier d'administration de 2e classe du 7e corps d'armée.

« Excellent officier, s'est déjà distingué au Linge et à Verdun par son activité et son sang-froid. A fait preuve des mêmes qualités pendant les attaques d'octobre 1917. A été blessé au cours d'un des nombreux bombardements. »

RISER (Marcel), médecin-auxiliaire au 329e régiment d'infanterie. Chevalier de la Légion d'honneur.

« Toujours aux postes les plus périlleux où il a conquis l'admiration des combattants. S'est fait remarquer pendant le combat du 11 mai en prodiguant ses soins, dans le voisinage immédiat de la ligne de feu; en particulier a pansé seul, avec le plus grand sang-froid, pendant une demi-heure, sous une rafale incessante et ajustée, une dizaine d'hommes grièvement blessés qui l'avaient appelé à leur secours. Connu par sa bravoure qui fait l'admiration de tous, pendant les combats du 26 au 30 septembre 1915, a montré un courage et une énergie au-dessus de tout éloge, en allant relever les blessés devant les premières lignes, avec le plus profond mépris du danger. Médecin d'un très grand courage. Le 4 juillet 1916, s'est porté à l'assaut d'un village avec les compagnies de première ligne pour relever les blessés, et a assuré leur évacuation sous le feu de l'ennemi. Dans la nuit du 6 au 7 juillet, entendant les appels d'un blessé français resté entre les lignes, après l'attaque de la veille, malgré la proximité de l'ennemi, n'a pas hésité à s'élancer avec des brancardiers pour aller le chercher et le ramener. Déjà cité à l'ordre de l'armée et médaillé militaire pour faits de guerre. »

ROCHEBLAVE (Marcel), médecin-auxiliaire au 62e régiment d'artillerie.

« A manifesté, dans toutes les affaires auxquelles son groupe a pris part, les plus belles qualités de bravoure et d'endurance, donnant à son personnel de brancardiers ainsi qu'aux blessés qu'il soignait avec un parfait dévouement, le plus bel exemple de gaieté, de bonne humeur et d'abnégation. Tué à son poste de combat à Guillaucourt (Somme), le 2 septembre 1916. »

ROGER (Jean-Charles), médecin-auxiliaire au 54e régiment d'infanterie.

« Modèle de vaillance et de courage. A fait preuve en toutes circonstances d'un superbe dévouement, en particulier le 21 juin 1916, devant Verdun où, sous un bombardement des plus violents, il s'est dépensé sans compter pour soigner les blessés. A été mortellement blessé dans l'accomplissement de son devoir le 21 juin 1916 à Damloup (Meuse). »

ROHAN (Mme la duchesse douairière de), née de la Brousse de la Tour Blanche. Infirmière-major à l'hôpital T. G. 81, à Paris. Légion d'honneur, médaille d'argent de la Croce Rossa italienne, médaille d'honneur en vermeil, commandeur de Saint-Sava de Serbie, médaille de la famille française.

« Depuis le début des hostilités a fait preuve d'un dévouement inlassable et d'une abnégation absolue auprès des blessés et des malades. »

ROHMER (A. C. J.), médecin-aide-major de 2e classe au 79e régiment d'infanterie.

« A fait preuve, au soir du combat du 9 mai 1915, de ses qualités habituelles de bravoure et d'entrain ; a dirigé la relève des blessés en avant des lignes les plus avancées et au contact étroit des Allemands ; a assuré cette relève d'une façon parfaite ; s'est toujours comporté d'une façon analogue depuis le début de la campagne. Joint aux plus belles qualités de l'officier les plus solides connaissances professionnelles. »

ROLLAND (Louis), médecin-major de 2e classe, chef de service du 364e d'infanterie.

« A fait preuve depuis le début de la campagne, du plus grand dévouement et du plus complet esprit de sacrifice. A assuré son service, le 19 mars, sous un bombardement des plus violents, avec un sang-froid qui a fait l'admiration de tous. Mort le 21 août 1919 à Adoua (Galicie). »

ROLLET (Mlle Alice), infirmière à Senones.

« A été faite prisonnière le 25 août 1914, emmenée en captivité en Allemagne où elle a été contrainte de soigner les blessés allemands, tout en continuant à prodiguer ses soins aux blessés français qu'elle n'avait pas voulu abandonner. Rapatriée le 25 décembre 1914. A en tous lieux et en toutes circonstances, fait preuve d'un courage et d'une abnégation telle qu'elle a gravement compromis sa santé ; a montré un mépris absolu du danger sous les plus violents et incessants bombardements ; très intelligente, très active, était un aide précieux pour les chirurgiens qui résument leur avis en disant que son attitude a été admirable. »

ROMARY, médecin-major de 1re classe, à l'ambulance d'une division.

« S'est distingué par le sang-froid, le calme, ainsi que par les remarquables qualités professionnelles et militaires avec lesquelles il a conduit, installé et fait fonctionner son ambulance dans des circonstances difficiles et même périlleuses. »

ROSHEM (André).

Trois fois cité à l'ordre pour sa bravoure et son dévouement : « S'est toujours dépensé sans compter et avec un réel mépris du danger pour sauver les blessés tombés en première ligne. Mort glorieusement le 22 août 1916 à Maurepas (Somme). »

ROTON, médecin-major de 2e classe au 22e colonial.

« Médecin-major de la plus haute valeur et d'une conscience militaire hors de pair. Au feu depuis le 1er octobre 1914. A toujours assuré son service avec une bravoure remarquable ; toujours en première ligne. S'est principalement distingué au cours de l'attaque des positions allemandes où il est allé, jusque sous le feu, relever des blessés. A déjà été cité à l'ordre de l'armée. »

ROULIER, médecin-aide-major de 2e classe, au 342e régiment d'infanterie.

« A été un bel exemple de courage et de dévouement dans l'accomplissement de son devoir professionnel, les 30 et 31 octobre et 1er novembre 1915. Pendant un bombardement d'une extrême violence, bien que blessé par un éclat d'obus, a continué à panser les hommes blessés amenés au poste de secours et à assurer leur évacuation. »

ROUSSEL (Pôl), officier d'administration de 2e classe (active), troupes d'occupation du Maroc. Chevalier de la Légion d'honneur du 16 juin 1920.

« Excellent officier, énergique et dévoué. A montré les plus belles qualités de courage et de sang-froid dans des circonstances difficiles particulièrement à l'armée d'Orient où il a été affecté pendant plus de vingt-quatre mois dans un G. B. D. Deux citations des plus élogieuses. »

ROUSSIN (Emmanuel), médecin-aide-major, au 30e bataillon de chasseurs alpins.

« Très actif, a puissamment aidé au poste de secours son chef de service, puis s'est, à plusieurs reprises, porté sur la ligne de feu pour organiser et diriger les brancardiers dans des conditions particulièrement difficiles. »

SAINTE-MARIE ACÉLIE (Mme).

« S'est occupée pendant toute la durée de la guerre à distribuer des secours en nature aux hôpitaux de Tarbes, à organiser des journées, à diriger l'hôpital auxiliaire 104 comprenant plus de 100 lits et auquel étaient attachés deux médecins et quarante infirmières. S'est acquittée de sa tâche avec le plus entier dévouement, assurant par son activité le bon fonctionnement de cette formation.

SALIGNAT (Léon), médecin à Vichy, médecin-aide-major de 1re classe au 113e régiment d'artillerie lourde.

« Médecin extrêmement dévoué, consciencieux et très brave. Le 17 juillet 1916, au cours d'un bombardement violent de la position de batterie, n'a pas hésité à se porter au secours des blessés. A été tué dans l'accomplissement de sa mission. »

SAMUEL (Mme Madeleine).

« De nationalité belge, a servi comme infirmière bénévole avec un dévouement inaltérable et un zèle inlassable du 16 novembre 1914 au 30 novembre 1918. »

SATRE (Antoine-Paul), médecin-aide-major de 1re classe, au 105e régiment d'infanterie.

« Médecin d'un zèle et d'un dévouement dignes d'éloges. Deux fois blessé, n'a pas consenti à se laisser évacuer. A toujours donné le plus bel exemple de courage et d'abnégation en allant soigner et relever les blessés sous des bombardements intenses. Déjà deux fois cité à l'armée. »

SAUTREAUX, médecin-aide-major de 2e classe, au 6e colonial mixte de marche.

« Toujours sur la brèche depuis le début de la campagne. A assuré avec un dévouement inlassable et un zèle dignes d'éloges, les pansements, l'évacuation de nombreux blessés, notamment pendant les 6, 7, 8 et 9 mai 1915, alors que le poste de secours du 175e était très à l'avant dans une région des plus exposées. »

SAVIDAN (Mlle Marie), infirmière à Saint-Dié.

« Depuis le début des hostilités, a soigné les typhiques avec le plus grand dévouement et dans des conditions rendues périlleuses par le voisinage de l'ennemi et les bombardements répétés. »

SAYERLE (André), brancardier au 414e régiment d'infanterie.

« Modèle de courage et de dévouement. A assuré l'évacuation des blessés sous un bombardement intense de plusieurs jours. A été tué le 4 octobre 1915 en portant secours à ses camarades. »

SCHLATTER (René-Marie-Joseph), médecin sous-aide-major, au 10e génie.

« Médecin au groupe de brancardiers d'une division d'infanterie. Au front depuis le début de la campagne, a pris part comme médecin-auxiliaire à différentes offensives, au cours desquelles il s'est toujours distingué par son courage et son dévouement dont il vient encore de donner de nouvelles preuves. A été grièvement blessé, est mort le 6 juin 1918 à Ognon, près de Senlis. »

SCHMUTZ (Paul), médecin-auxiliaire, au 414e régiment d'infanterie.

« A fait preuve d'un dévouement et d'un sang-froid admirables les 3, 4 et 5 octobre 1915, assurant son service jusqu'à la relève, malgré trois blessures reçues en soignant les blessés. »

SEDAN (Jean), médecin aide-major du 2e groupe du 121e régiment d'artillerie. Cinq citations. Légion d'honneur, Military cross. Deux blessures.

« A fait le service, pendant toute la campagne, sur de nombreux champs de bataille. Officier de haute valeur morale. A été blessé deux fois, en allant selon son habitude, porter secours aux blessés de son groupe, sous le feu terrible de l'ennemi. Cinq fois cité pour les magnifiques exemples de courage et de dévouement, qu'il n'a cessé de donner. A Tahure, en septembre 1918, ayant son frère tué à ses côtés, n'a pas hésité à continuer son devoir avec la plus grande abnégation. »

SEDAN-MIEGEMOLLE (Henri-Jules-Marie), médecin aide-major de 1re classe, au 109e régiment d'infanterie. Légion d'honneur.

« Médecin de haute valeur qui s'est fait remarquer par son courage, son dévouement, son abnégation dans les circonstances les plus périlleuses. A été grièvement blessé le 8 septembre 1918 en accomplissant son devoir au cours d'un violent bombarde-

ment. Une citation. Mort à Cuperly (Marne), le 8 septembre 1918. »

SELLIER (Mlle Germaine), infirmière à Soissons.
« A témoigné en toutes circonstances d'une grande bravoure, se consacrant avec abnégation au traitement des blessés et des contagieux dans un bâtiment éventré sans cesse par les obus. A été blessée au genou par une balle de shrapnell. »

SEMMER (Mlle Marcelle), de l'Eclusier (Somme). Légion d'honneur, Croix de guerre.
« Par sa présence d'esprit, a empêché les Allemands d'utiliser un pont sur la Somme et a ainsi arrêté vingt-quatre heures un corps d'armée. Sans crainte de la mitraille ni des obus, a ravitaillé des soldats cachés et en a fait évader seize. Condamnée deux fois à mort par les Allemands, n'a dû la vie qu'à un heureux hasard. N'a cessé de donner l'exemple du courage le plus ferme, du dévouement le plus actif et le plus simple, a rendu de réels services à nos troupes et a été légèrement blessée. »

SENECHAL (Alphonse-Paul-Eugène), pharmacien-major de 2e classe, au 4e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure. Deux citations.
« Officier d'une haute valeur morale professionnelle, actif et courageux, a fait preuve à maintes reprises d'énergie et de sang-froid en assurant sous de violents bombardements l'analyse et la stérilisation immédiates des eaux de boisson, a également participé à l'évacuation des blessés dans des conditions pénibles et périlleuses. »

SERY (Edmond-Nicolas), médecin-major de 2e classe, au 152e régiment d'infanterie.
« Médecin militaire d'un dévouement, d'une énergie et d'une activité au-dessus de tout éloge. Soldat dans l'âme, animé des sentiments les plus élevés, toujours en première ligne pour diriger son personnel et lui donner l'exemple du courage, de l'abnégation et du mépris du danger. Mortellement frappé le 17 octobre 1916 à Sailly-Saillisel (Meuse) en se rendant à découvert sous un bombardement intense au poste de secours d'un des bataillons engagés. »

SEVAUX (Paul-Louis-Edmond), médecin aide-major de 1re classe, au 236e régiment d'infanterie.
« Prisonnier à Namur où il était resté pour soigner les blessés intransportables de son régiment. Rapatrié en novembre 1914, demande à rejoindre son régiment à peine revenu. Courageux, modeste, aimé de ses inférieurs et de ses égaux. A toujours donné le plus bel exemple de sang-froid, de bravoure et de dévouement. Grièvement blessé au labyrinthe d'Artois, en soldat, en première ligne, en soignant les blessés sous un feu violent. Mort le lendemain à Neuville-Saint-Vaast (Pas-de-Calais), le 19 juin 1915.

SILVESTRE (Victor-Marius), médecin aide-major de 2e classe, au 331e régiment d'infanterie.
« Médecin militaire qui a fait l'admiration de tous par son courage, le sang-froid et le dévouement avec lesquels il a pansé les blessés sous les plus violents bombardements. A été mortellement blessé le 8 octobre 1916 alors qu'il soignait un blessé tombé à ses côtés, à Cerisy-Gailly (Somme). »

SIMON (Clément-Emile), médecin aide-major, au 315e régiment d'infanterie.
« A fait preuve, pendant les journées des 25 et 26 septembre 1915, d'un courage calme et résolu en allant, de sa personne, guider, sur un terrain violemment battu par les feux d'artillerie, des équipes de brancardiers. Son poste ayant été détruit par un obus, a réussi à évacuer tous les blessés dans des conditions particulièrement difficiles. S'est porté, dans les nuits du 25 et 26 jusqu'aux défenses accessoires de l'ennemi pour s'assurer qu'aucun blessé ne restait sans secours, au mépris de la fatigue et du danger. »

SIMONIN (P. E. J.), médecin-principal de 1re classe, médecin-divisionnaire de la 7e division d'infanterie. Promu médecin-inspecteur.
« Le 22 août 1914, après six heures passées sous le feu, a eu le genou droit traversé par une balle. Bien que blessé, a continué à donner des ordres et refusé de s'aliter pendant trente-six heures, protégeant par sa présence à l'entrée d'un château plusieurs fois envahi par des patrouilles ennemies menaçantes, 300 blessés français qui y avaient trouvé asile. »

SIMONIN (Jean-Stanislas), médecin de bataillon.
« Très consciencieux et très brave. Le 13 décembre 1914, à Seicheprey (Meurthe-et-Moselle) s'est dépensé à soigner pendant vingt heures, sans arrêt, les nombreux blessés du régiment, malgré les violents bombardements sur son poste de secours. A été tué dans l'exercice de ses fonctions. »

STANISLAS (Dr A.), de Saint-Loubès (Gironde).
« A demandé à servir, malgré son âge, dans une ambulance de l'avant où il s'est distingué par une activité inlassable. S'est dévoué sans compter auprès des blessés qu'il a eu à soigner. Affecté ensuite à un hôpital d'évacuation, n'a cessé de faire preuve, auprès des contagieux, d'un dévouement remarquable. A contracté dans son service une affection contagieuse. »

STRAUSS (Léon), médecin aide-major de 2e classe, au 92e régiment d'infanterie.
« A fait preuve d'un courage et d'un dévouement à toute épreuve en accompagnant les vagues d'assaut et soignant durant quatre jours et quatre nuits des centaines de blessés sous un bombardement formidable. A été blessé. »

SUREAU (Maurice), médecin-auxiliaire au 7e chasseurs à pied, compagnie de mitrailleuses d'une brigade de chasseurs.
« Jeune soldat de la classe 1914, a fait, aux combats des 27 décembre 1914 et 21 janvier 1915, l'admiration des officiers et de ses camarades par la manière dont il se portait à tout instant en première ligne, au mépris des balles et des feux les plus violents pour secourir les blessés et les relever. Plein d'une ardeur juvénile, remplit ses fonctions de médecin-auxiliaire avec entrain ; il donne sans cesse l'exemple du sang-froid, du courage et du mépris du danger. Le 21 juillet 1915, sous un feu de mousqueterie, n'hésita pas à traverser une zone battue pour donner ses soins à trois chasseurs blessés d'une autre unité, les a pansés sur la ligne et a pu ramener l'un d'eux grièvement blessé. »

SYLVESTRE (Victor-Marie), médecin-auxiliaire d'une division de cavalerie.
« Brillante conduite depuis le début de la campagne. S'est particulièrement distingué depuis le 1er mars 1915, en allant, la nuit, sous le feu de l'ennemi, enlever et inhumer les morts. »

TALON (Henri-Louis-Emile), médecin de la marine Mort le 19 mars 1917 sur le *Danton*.
« Jeune médecin auxiliaire de beau sang-froid, de grand courage et de dévouement remarquable. »

TAQUARD (Mlle Léonie).
« A fait preuve du plus grand dévouement. A contracté, en soignant les blessés intransportables, une infection généralisée grave qui a mis sa vie en danger. »

TEISSET (Guillaume-Paul), médecin aide-major de 2e classe, au 7e hussards.
« A fait preuve du plus grand courage et du plus beau dévouement en allant, en toutes circonstances, chercher et soigner les blessés sur la ligne de feu. Blessé mortellement le 25 novembre 1914 à Flameringhe (Belgique). »

TEZENAS DU MONTCEL (Marie-Joseph-Antoine), médecin-auxiliaire, au 114e régiment d'infanterie.
« Jeune médecin-auxiliaire ayant la plus haute conception de son devoir. Le 9 août 1918, sous un feu violent de mitrailleuses et d'obus, a accompagné les vagues d'assaut assurant, sans aucun souci du danger, les soins aux blessés. Est tombé mortellement frappé au cours de sa glorieuse mission au Bois-de-Contoise (Somme), le 9 août 1918. Belle figure de soldat. »

THARY (Léon-Eugène), officier d'administration de 2e classe du 9e corps d'armée. Une intoxication. Quatre citations.
« Courageux officier payant constamment de sa personne, soit pendant les évacuations dans les circonstances périlleuses, soit en dirigeant de nuit en toute première ligne la relève des morts. Pendant tout le cours des combats livrés sur l'Aisne, n'a cessé d'être pour ses brancardiers un exemple d'abnégation en les entraînant sous des tirs de barrage extrêmement violents d'obus de gros calibre. »

THIERRY (Henri-Alfred), médecin-auxiliaire, au 101e régiment d'artillerie lourde.
« Médecin-auxiliaire d'une bravoure exceptionnelle. S'est porté avec le plus grand courage et un mépris absolu du danger, sous un feu violent d'obus toxiques et explosifs, pour soigner les blessés et coopérer personnellement à leur transport au poste de secours. Est mort intoxiqué le 12 avril 1917, à Jonchery (Marne). »

THULIEZ (Mlle Louise), infirmière militaire. Légion d'honneur et Croix de guerre.
« Modèle du plus pur patriotisme. A rendu en pays occupé les services les plus signalés à la cause de l'entente. A prodigué ses soins aux blessés et fait preuve, au milieu des plus grands périls d'un courage héroïque et d'un mépris absolu du danger. Victime de son dévouement à la France, a été condamnée à mort par les Allemands, peine commuée en celle des travaux forcés. »

TORTIGER (Jean-Baptiste-Firmin), pharmacien-aide-major de 2e classe, au 12e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure. Cinq citations.
« Pharmacien ayant une haute conscience du devoir. Modèle de dévouement et d'abnégation. A fait preuve en toutes circonstances des plus belles qualités militaires donnant ses soins aux blessés dans les conditions les plus périlleuses avec un mépris absolu du danger. »

TORTIGUE (Maurice-Marie-Jean-Pascal), pharmacien aide-major de 2e classe, au 17e corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur. Cinq citations.
« D'un dévouement absolu et d'une rare énergie. A donné au cours de la campagne et en plusieurs circonstances difficiles, les plus belles preuves du courage et de sang-froid. »

TRELAUN (Jean-Paul), médecin-aide-major de 2e classe, au 144e régiment d'infanterie territoriale.
« Prodiguant ses soins pendant un violent bombardement à des soldats blessés et invité à se retirer pour se mettre à l'abri, a refusé en disant qu'il ne faisait que son devoir. Blessé grièvement quelques instants après, est mort de ses blessures le 17 juin 1915, à Grenay (Pas-de-Calais). »

TRITSCHLER (Victor), médecin-aide-major de 2e classe. Ambulance 2/22.
« Excellent officier, médecin du plus grand dévouement. Au moment de l'arrivée des Allemands à X..., le 23 août 1914, ayant appris qu'un médecin devait y être laissé pour le traitement des blessés graves, intransportables, s'est offert de lui-même parce que non marié et le plus jeune des médecins de l'ambulance, réclamant avec insistance l'honneur d'être désigné pour ce poste dangereux. Fait prisonnier, est mort en captivité à Wisseldorf (Allemagne), le 22 janvier 1915. »

TROSSAT (Henri), médecin-auxiliaire, au 9e zouaves de marche.
« Très méritant, a prouvé les plus belles qualités de sang-froid, d'énergie, de courage et de dévouement. Déjà trois fois cité à l'ordre pour sa belle conduite au feu. A été blessé pour la deuxième fois, très grièvement le 5 mars 1916. »

TROUBAT (François-Joseph), officier d'administration de 2e classe du G. M. P. Une intoxication. Trois citations.
« Officier ayant une haute conscience du devoir. Depuis le mois d'août 1917 dans le secteur de Glorieux a dirigé avec une activité inlassable le repérage dans une zone particulièrement battue par le feu de l'ennemi et fait preuve des plus belles qualités de sang-froid et de dévouement. »

TROUSSEU (Fernand J. B. M.), officier d'administration de 2e classe G. M. P. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure. Deux citations.
« Excellent officier, énergique et dévoué. A donné les preuves les plus éclatantes de fermeté, d'initiative et de sang-froid à diverses reprises en procédant de jour et de nuit, sans souci du danger à des reconnaissances et à des relèves de blessés dans les zones battues par l'artillerie ennemie. 30 mois de campagne d'Orient. »

SŒUR VALENTIN, de la congrégation de Niederbronn.
« A quitté le chevet de sa mère malade, à Mulhouse, au mois d'août 1914 pour se consacrer au soin des blessés français de la bataille de Mulhouse. Lors du repli de nos troupes, elle resta près de nos blessés qu'elle soigna avec le plus grand dévouement. Arrêtée par les Allemands, en raison de ses sentiments nettement français, elle a été condamnée à cinq ans de travaux forcés et n'a été délivrée que par l'armistice. »

VALLET (Florent), caporal brancardier, au 327e régiment d'infanterie.
« A fait preuve au cours des derniers combats, d'un dévouement et d'un courage au-dessus de

tout éloge. Le 7 octobre 1915, enseveli sous les décombres du poste de secours et sérieusement atteint, a continué à soigner les blessés et n'est allé se faire panser que sur ordre. Déjà blessé au cours de la campagne. »

VANIER (Roger), soldat brancardier au 101e régiment d'infanterie.

« Du service auxiliaire a demandé à partir dans l'infanterie. A prouvé un dévouement et un courage héroïques. Est allé à plusieurs reprises sous le feu de l'ennemi chercher des blessés restés dans les tranchées françaises et allemandes et les a ramenés. A identifié en même temps de nombreux tués. A fait l'admiration du bataillon. »

VASSEUR (Anatole-Augustin), médecin-aide-major de 2e classe, au 102e bataillon de chasseurs.

« Victime de son mépris du danger. Frappé mortellement le 24 octobre 1916 en secourant des blessés dans la parallèle de départ. Mort à Dugny (Meuse), le 5 novembre 1916. »

VELLUTINI (Charles), médecin aide-major de 1re classe, au 228e régiment d'artillerie.

« D'un courage et d'un dévouement admirables Bien que, par son âge, il fut dans le cas d'être classé dans un service de l'intérieur, n'a jamais voulu abandonner les batteries de tir. A été frappé mortellement le 15 juillet 1918 à Marfaux pendant qu'il allait soigner les blessés, sans souci du danger des espaces découverts, battus par des bombardements d'une extrême violence. »

VERDENAL (Jean), médecin-auxiliaire, au 175e régiment d'infanterie.

« A rempli ses fonctions avec courage et dévouement. A été tué le 2 mai 1915 en pansant un blessé sur le champ de bataille à Seddul-Bahr (Dardanelles). »

VERMAELLE (Paul), médecin-aide-major d'une compagnie saharienne.

« Médecin militaire, a été tué d'une balle au cou au combat d'Aïn-el-Hadjadj le 13 février 1917, en luttant courageusement à coups de revolver contre un ennemi qui chargeait sur nos blessés. »

VIALLE, médecin-major de 2e classe, au 25e dragons.

« Après avoir passé toute la journée à soigner des blessés à son poste de secours, est allé, pendant la nuit, relever en avant des tranchées un officier tombé le matin entre les lignes et l'a rapporté lui-même avec l'aide d'un médecin et de deux infirmiers sur un parcours de deux kilomètres environ, battu en partie par le feu ennemi. »

VICHET (Henri), médecin-aide-major de 2e classe, au 149e régiment d'infanterie.

« A pris part à tous les combats livrés par son régiment et s'est, en toutes circonstances, fait remarquer par le zèle et le dévouement les plus absolus dans les soins qu'il a prodigués aux blessés jusqu'en première ligne. Avait été blessé une première fois en juin 1915. A été tué le 30 mars 1916 par une bombe d'avion, à Dugny (Meuse). »

VIGNAND (Jacques), officier d'administration de 1re classe. Chevalier de la Légion d'honneur du Deux citations.

« Officier d'administration du cadre actif, s'est dépensé sans compter dans les journées du 28 et 29 juin, 1er et 4 juillet, sous un bombardement incessant du poste de secours central du G. B. D. pour assurer le bien-être des blessés et leur évacuation rapide. S'est occupé avec tact et dévouement de l'ensevelissement des morts et de leur inhumation dans un cimetière continuellement bombardé par les obus. »

VILLARD (René-Désiré-Alfred), médecin-auxiliaire au 110e régiment d'infanterie.

« D'une bravoure légendaire au régiment, exemple vivant de l'esprit de sacrifice. A demandé à partir à l'assaut avec la première vague. Ayant vu tomber deux hommes à quelques mètres d'une mitrailleuse ennemie qui tirait encore, s'est précipité vers eux et les a pansés sous les balles. Mort le 20 août 1918 à Vassens (Aisne). »

WALLERAND (Léon), pharmacien aide-major de 1re classe du 1er Corps d'armée. Chevalier de la Légion d'honneur. Une blessure. Trois citations.

« Pharmacien très actif et d'un dévouement au-dessus de tout éloge, s'est fait remarquer à différentes reprises par son courage et son sang-froid en contribuant au pansement des blessés dans des circonstances difficiles et périlleuses. »

WALLIS-DAVY (René), dentiste à Paris, brancardier.

« A montré beaucoup de calme en allant le 5 octobre chercher les blessés dans les tranchées, sous un feu violent d'artillerie. »

WARNERY (Maurice-Lucien), médecin-auxiliaire, au 3e tirailleurs de marche.

« Blessé par éclat d'obus à la jambe, s'est fait panser et a énergiquement refusé la fiche d'évacuation que lui délivrait le médecin-chef, déclarant que la situation s'opposait à toute diminution du personnel médical. A continué à soigner les blessés sous un feu violent. Modèle de bravoure et de dévouement. A été blessé une deuxième fois à son poste. Trois citations. Mort le 15 novembre 1916 à Souhesmes (Meuse). »

ZAEPFFEL (Marcel-Amédée), médecin-aide-major de 1re classe, au 28e bataillon de chasseurs.

« Médecin-chef d'un dévouement absolu, d'une haute valeur morale, et d'un mépris complet du danger. Sur le front depuis le début de la campagne. A été très grièvement blessé le 10 août 1917 en prodiguant ses soins aux blessés au cours d'une violente attaque allemande lancée sur le front du bataillon. Trois fois cité à l'ordre. Est mort de ses blessures à Ostel (Aisne). »

ZAGRZEWSKI (Jules), médecin-auxiliaire au 3e zouaves.

« Médecin-auxiliaire très dévoué et très courageux. A déjà été cité pour sa belle conduite à Verdun et sur la Somme. Tué à son poste de secours à Nieuport, le 7 janvier 1917. »

RIGARD (Mme) (sœur Julie),
COLLET (Mme) (sœur Euphrasie),
RÉMY (Mme) (sœur Monique),
MAILLARD (Mme) (sœur Jean),
RICKLER (Mme) (sœur Hildegarde),
GARTENER (Mme) (sœur Rosalie), religieuses à l'hospice de Gerbéviller.

« Ont, depuis le 24 août, sous un feu incessant et meurtrier, donné dans leur établissement asile à environ 1.000 blessés, en leur assurant la subsistance et les soins les plus dévoués alors que la population civile avait complètement abandonné le village. Ce personnel a, en outre, accueilli chaque jour de très nombreux soldats de passage auxquels il a servi tous les aliments nécessaires. »

FAIN (Mme la baronne),
HERMANN (Mme),
BARBIER (Mlle),
DUMARS (Mlle)
CLÉRET (Mlle), infirmières à Compiègne.

« Sont restées à leur poste d'infirmières au moment de l'occupation allemande. Ont fait preuve de sang-froid et de courage en soignant blessés et malades avec le plus complet dévouement, sans s'effrayer des bombardements de grosse artillerie. »

LE GROUPE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 20, est cité à l'ordre de la division.

« Unité d'élite qui, sous le commandement du médecin-major Vallot, blessé mortellement sur la Somme, puis du médecin-major de Brézigué, a pendant la campagne fait preuve de courage et de dévouement dans l'accomplissement de ses fonctions dans toutes les affaires où la D. I. a pris part, s'est particulièrement distinguée en Artois (1915), sur la Somme (1916), en Champagne et à Verdun (1917), sur la Marne (1918). S'est toujours fait remarquer par sa bonne tenue et son excellent esprit militaire. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS 22 est cité à l'ordre de l'armée ;

« Unité d'élite qui, sous les ordres de son chef, le médecin-aide-major de 1re classe Petit, a assuré dans le minimum de temps les 22, 23 et 24 octobre 1917, devant la Malmaison des évacuations extrêmement difficiles dans un terrain bouleversé, détrempé et accidenté, sous des bombardements incessants. Malgré la longueur des trajets et les obus asphyxiants, a poussé le sentiment du dévouement jusqu'à la plus haute abnégation. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 123. Ordre général 176. — Le général commandant la 123e D. I.

Sous l'impulsion de son chef, le médecin-major de 1re classe Janin, vient de se faire remarquer au cours des attaques françaises qui se sont développées en avant de Compiègne du 10 au 20 août 1918, par son activité et son esprit de sacrifice, apportant aux blessés de la division le secours le plus rapide et pratiquant leur évacuation dans les meilleures conditions. S'est déjà acquis de nombreux titres d'éloges pendant les seize mois du séjour de la division dans la région de Verdun, lors de la prise de la côte 344 le 20 août 1917, du coup de main des Ervantes le 20 février 1918 et de la dernière attaque allemande du 9 au 12 juin 1918. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 38e DIVISION. Ordre no 232. — Le général de division commandant le 30e C. A.

« Sous la direction énergique de son médecin-chef, le médecin-major de 2e classe Fonvieille, aidé du pharmacien-major de 2e classe Blanc, véritables modèles de dévouement, de courage et d'abnégation a, de mai à juillet, sous les bombardements les plus violents par obus toxiques et explosifs, transporté tous les blessés de la division des premières lignes au poste de secours central sans jamais arrêter le service des évacuations, quelle que soit la violence du tir ennemi. Est ainsi parvenu dans des circonstances critiques en portant les blessés à plus de 6 kilomètres de leur point de départ, à permettre de sauver de nombreuses vies humaines en accélérant la mise en voiture des blessés graves. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 201. — Ordre no 259 de la division :

« Sous l'impulsion énergique de son chef, le médecin-major Poulhès, vient pendant les journées du 26 au 29 octobre 1917, dans des conditions de terrain particulièrement pénibles, de montrer qu'il n'avait rien perdu des qualités admirables de dévouement, d'endurance et de mépris du danger qui lui ont valu ses citations précédentes devant Verdun. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 201. — Ordre no 49 de la division ;

« Au cours des combats des 24 et 29 octobre, pour la reprise de Douaumont, cette formation sanitaire, sous les ordres du médecin-major Hauvery et de l'aide-major Demanche, a rempli sa mission dans des conditions tout particulièrement dures, tant au point de vue du danger que des difficultés du terrain. Son inaltérable dévouement, le courage et l'endurance de tous se sont nettement imposés à l'admiration des combattants. »

GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 3e D. I. C.

« Sous les directions successives des médecins-majors Maupetit, Ecochard, Judet de la Courbe, s'est dépensé sans compter à Saint-Vincent et sur la Meuse (en août 1914), à la bataille de la Marne (septembre 1914), sur la Tourbe, pendant les combats de Champagne (septembre et octobre 1915), s'est fait particulièrement remarquer au cours des combats sur la Somme (juillet, août 1916), en 1917, dans la région de Hurtebise, puis en mars, juin, juillet 1917, à l'est de Reims et au cours de la poursuite du 1er au 19 octobre 1918. Pendant ces durs combats a assuré l'évacuation des blessés avec son esprit habituel de dévouement et de sacrifice malgré des difficultés de toute sorte et sans souci du danger et des pertes subies. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 162e D. I. — Ordre no 131 de la D. I. :

« Sous le commandement de son chef, le médecin-major de 2e classe Naulaude, a participé depuis deux ans à toutes les actions de la division. Dans l'Aisne, en avril 1917, dans les Flandres, de juillet à novembre 1917. Au cours des durs combats que la division a eu à soutenir ou à livrer de mars à octobre 1918 devant Montdidier, Vingré, Vailley et le Chemin-des-Dames, a fait preuve, dans la personne de chacun de ses officiers et de ses hommes, d'un haut sentiment de son devoir, d'une bravoure modeste et inlassable pour le salut des blessés, a toujours réussi, quelles qu'aient été les difficultés du terrain et les dangers des combats, à réaliser les évacuations dans les meilleures conditions de rapidité. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 17e D. I. — Ordre du no 63 C. A.

« Installé depuis 28 jours dans le village de W... et soumis à un bombardement de jour et de nuit, n'a cessé sous la ferme direction de son chef, M. le médecin-major de 1re classe Chevassu-Perigny, de prodiguer ses soins aux nombreux blessés du secteur et à assurer dans les meilleures conditions de rapidité leur évacuation et quelle que fut l'intensité du bombardement, n'a jamais quitté son poste et ses malades. »

Ordre no 203 au C. A :

« Le Groupe de brancardiers divisionnaire de la 17e D. I. du 20 avril au 8 mai et notamment au

cours des journées des 22 et 30 avril, 5, 6, 7 mai 1916 n'a cessé d'assurer de jour et de nuit, en terrain découvert, sous un bombardement continuel, le transport des blessés des premières lignes aux postes d'évacuation et l'inhumation des morts de sa division. Il a, pendant cette période, donné à tous le plus bel exemple de courage, de dévouement, de sacrifice et de discipline. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 25e D. I. — Le général Gratier cite à l'ordre no 612 de la division :

« Sous la direction de son médecin-chef, le médecin-major de 2e classe Gillain, a, au cours des dernières opérations, assuré sans trève ni repos la relève, le transport et le triage des blessés avec une célérité, un courage et un dévouement admirables. Formation pleine d'allant qui, depuis quatre ans, dans toutes les affaires auxquelles la division a pris part a toujours fait preuve de la même bravoure sous le feu, du même dévouement envers les blessés. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 13e D. I. — Ordre no 407 de la division :

« Au cours des combats du 28 septembre au 10 octobre 1918 devant Orfeuil, a, sous l'active impulsion du médecin-principal de 2e classe Provendier et sous la direction de son chef, le médecin-major de 2e classe Bodie, multiplié ses efforts pour relever avec une rapidité digne d'éloges, sur la grande étendue du champ de bataille, malgré de violents bombardements et de grosses difficultés de terrain, les blessés de la division. A assuré avec le plus complet dévouement dans les cimetières de la division au Mont-Muret et à Orfeuil, l'inhumation de tous les morts, donnant à chacun d'eux une sépulture individuelle et digne de son sacrifice. »

LE GROUPE DE BRANCARDIER DE LA 9e D. I. — Ordre no 80, du C. A. — Le général commandant le 5e C. A :

« A, pendant les durs combats du 18 au 26 juillet 1918, assuré la relève et les évacuations de très nombreux blessés dans des circonstances particulièrement pénibles. Quelle que soit la violence du feu de l'ennemi, sans se lasser, s'est prodigué courageusement pour accomplir toutes les missions qui lui ont été confiées si périlleuses soient-elles. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS, 18e D. I.

« Du 22 avril au 13 mai 1916, pendant les attaques allemandes sur la Cote 304, a assuré la relève et l'évacuation des blessés, dans une zone soumise à un bombardement d'une violence extrême et continue, avec un dévouement, un courage et un mépris du danger qui ont fait l'admiration de tous. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 161 est cité à l'ordre de la 161e D. I.

« Sous le commandement dum édecin-major de 2e classe Delacroix, a assuré les évacuations sans interruption et de la manière la plus parfaite, au cours des combats du 26 septembre au 6 octobre malgré le bombardement, les fatigues et les difficultés du terrain. A en particulier les 26, 27 et 28 septembre, transporté les blessés à bras pendant plus de 5 kilomètres dans une zone de tranchée bouleversée, aux pentes abruptes et sans autres communications qu'une piste défoncée. A donné ainsi un bel exemple d'endurance et de dévouement. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES DE LA 37e D. I. — Le général commandant la 37e D. I. cite à l'ordre de la division. — Ordre général no 276.

« Sous le commandement du médecin-major de 1re classe Michel, a fait preuve du 30 octobre au 5 novembre 1917, d'une endurance et d'un dévouement remarquables, dans un secteur violemment bombardé et présentant des difficultés extrêmes de terrain. Formation déjà remarquée pour son entrain et son sentiment élevé du devoir sur les divers champs de bataille de la division, particulièrement dans les combats de novembre et décembre 1916 et d'avril 1917. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES DE LA 55e division. — Le général Mangin commandait la 55e D. I. cite à l'ordre de la division. — Ordre général no 221.

« Sous l'impulsion du médecin-major de 2e classe Pradel, chef du groupe de brancardiers divisionnaires de la 55e, les officiers, gradés et soldats de cette unité ont eu, au cours de la bataille, une conduite digne d'éloges. Ils ont fait preuve d'énergie et de mépris du danger en venant spontanément renforcer les équipes sanitaires des régiments et relever bon nombre de blessés en toutes premières lignes en plein combat sous le feu de l'ennemi. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES 45. — Le général commandant la 5e armée cite à l'ordre de l'armée. — Extrait de l'ordre général 458 :

« Au cours des combats des 14 et 30 septembre et du 25 au 31 octobre 1918, sous la conduite de son chef, le médecin-major de 2e classe Roussille, a donné les preuves d'un courage et d'un esprit de sacrifice dignes d'admiration en prêtant son concours aux brancardiers régimentaires pour relever les blessés sur la ligne de feu et en assurant sous les meilleures conditions, l'évacuation rapide de tous les blessés de la division. A perdu au feu le quart de son effectif. » (Décision G. Q. G., no 12.757 du 7 janvier 1919).

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES DE LA 166e D. I. — Ordre no 171. — Le général Cabaud commandant la 166e D. I., cite à l'ordre de la division :

« Le groupe de brancardiers divisionnaires de la 166e qui s'était déjà distingué aux combats de l'Aisne en avril-mai 1917, a montré aux combats de la Somme en mars-avril 1918, sous la direction du médecin-major Monloup et de l'aide-major de 1re classe Morel un très beau courage et un absolu dévouement aux blessés, en assurant leur évacuation depuis les premières lignes dans une zone battue constamment par le tir de l'ennemi. »

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRES DE LA 41e D. I. — Le général commandant la 41e D. I. cite à l'ordre de la division no 7 :

« Formation sanitaire qui, depuis le début des opérations, en Alsace et dans les Vosges, dans la Somme comme à Verdun, a toujours montré les plus belles qualités de discipline, de dévouement et d'abnégation. Vient de donner une nouvelle preuve, le 20 février 1918, en accompagnant les vagues d'assaut jusque dans les lignes ennemies afin d'assurer plus rapidement la relève totale des blessés. »

L'AMBULANCE 8/VIII.— Le général Cordonnier, commandant la 8e C. A., cite à l'ordre du service de santé l'ambulance 8/VIII :

« A rendu, depuis le début de la campagne, d'inappréciables services, en soignant plus de 15.000 blessés et en fonctionnant presque sans interruption, dans des conditions toujours difficiles et quelquefois périlleuses, notamment le 29 août et le 1er octobre à Fauconcourt et à Mécrin où elle fut exposée à des bombardements violents au cours desquels tout le personnel (officiers et troupe) fit preuve d'une énergie et d'un sang-froid remarquables. » (Au Q. G., le 4 août 1915).

L'AMBULANCE 1/45. — Le général Quiquandon, commandant le groupement sud et la 45e division algérienne. — Ordre no 122 de la division :

« Formation sanitaire remarquablement tenue à tous égards qui a fonctionné activement pendant la bataille de la Marne, à Arras et en Belgique, recevant plus de 6.000 blessés, se maintenant tout près des premières lignes dans des conditions toujours difficiles, souvent sous le feu de l'artillerie ennemie, principalement depuis quatre mois. Tout le personnel, sous l'excellente impulsion du médecin-chef, a fait preuve d'une superbe endurance et du plus grand dévouement. »

L'AMBULANCE 15/6. — Le général Deligny commandant le 39e C. A., cite à l'ordre du C. A. l'ambulance 15/6.

« Grâce à l'habile direction de M. le médecin-major de 2e classe Noivenel et au dévouement d'un personnel bien instruit par ce même médecin a fait face à une situation grave, et est parvenue à donner les soins nécessaires, en un temps très court à près de 1.300 militaires intoxiqués ou vésiqués par les gaz de l'ennemi. »

Etc., etc.

CHAPITRE XXVI

HOMMAGE AUX MORTS
DU SERVICE DE SANTÉ

Le Service de Santé n'a pas oublié ses morts.

Il ne pouvait arriver ceci, que, la paix signée, ceux que le devoir avait rapprochés sur le champ de bataille, médecins militaires ou civils, pharmaciens, officiers d'administration, infirmières venues de toutes les classes de la société française, oubliassent la confraternité scellée par la communauté des dangers et des tâches.

En ces années d'après-guerre où la France recueillie a compté ses morts et honoré leur mémoire, où, sur tous les points de son sol, ont fleuri les stèles commémorant les combattants d'hier dont les yeux n'ont pas vu l'heure de la victoire, le Service de Santé a rendu à ses membres tombés au Champ d'Honneur l'hommage du souvenir.

Les Facultés et les Ecoles de Médecine, les hôpitaux de Paris et de province ont gravé dans la pierre ou le marbre les noms des leurs : praticiens, maîtres et élèves, internes et externes, qui ont parfait, au sacrifice de leur vie, le grand devoir et, hier encore, la Faculté de Médecine de Paris accomplissait, au nom du Corps médical français tout entier, un geste de piété magnifique, en publiant ce « *Livre d'Or* », merveille de dévotion et de goût, dédié aux médecins morts pour la France, où s'inscrit le nom de tous ces braves, avec le motif des citations qu'ils ont obtenues.

Le beau livre que voilà ! vrai monument de piété confraternelle, qui demeurera dans les Universités et dans les foyers des médecins de France, pour perpétuer le noble sacrifice de ceux de 1914.

Mais il incombait au Service de Santé militaire, gardien des traditions du Corps des médecins d'armée, de rendre à la mémoire du personnel sanitaire mort au cours de la Grande Guerre, un hommage particulièrement solennel.

C'est au Val-de-Grâce qu'eut lieu cette commémoration, le 29 mai 1922, dans le cadre heureusement choisi de la cour Broussais, au cœur de l'École et au seuil de ce Musée du Val-de-Grâce où sont conservés de si nombreux et si précieux souvenirs touchant à l'Histoire du Service de Santé Militaire.

Dans cette cour venait d'être érigé le beau groupe en bronze de G. Broquet : « *Dans les boues de la Somme* ».

Tous ceux qui ont parcouru le Salon des Artistes Français de 1920 se rappellent avoir admiré le plâtre original de cette œuvre : deux brancardiers régimentaires, s'arrachant avec peine de l'effroyable boue qui les enlise, enlèvent un grand blessé dans une toile de tente suspendue à une perche.



LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE QUITTE LA COUR BROUSSAIS ACCOMPAGNÉ DU MINISTRE DE LA GUERRE ET DU DIRECTEUR DU VAL-DE-GRACE.

Et ceci est signé du nom d'un artiste qui n'est pas seulement un des jeunes maîtres de notre statuaire moderne, mais aussi un héros de la guerre, brancardier au 94e régiment d'infanterie et grièvement blessé à son poste.

La Ville de Paris avait acquis le bronze de G. Broquet au Salon de 1921 et elle venait d'en confier le dépôt au Val-de-Grâce. Elle affirmait par là que cette œuvre admirable trouvait dans un tel cadre, sa place véritable, mais par ce geste généreux, elle permettait aussi au Service de Santé de faire coïncider l'inauguration de ce groupe avec celle des plaques commémoratives qu'il dédiait à ses morts et qui

venaient s'ajouter — le long des murs du vieux cloître de la rue Saint-Jacques — à la longue suite de tables où s'inscrivent, depuis 1793, les noms des médecins militaires tombés à l'ennemi.

Ainsi la cérémonie du 29 mai 1922 prenait, suivant la volonté expresse de ses organisateurs, une portée plus grande; elle devenait ce qu'il fallait qu'elle fût, la pieuse commémoration de tous les membres du Service de Santé morts au cours de la dernière guerre, les plus illustres comme les plus modestes, les soldats comme les officiers. Ceux qu'avait unis durant quatre ans la communauté des dangers et les dures vicissitudes de la vie des tranchées, se retrouvaient confondus dans le même hommage de reconnaissance et de piété.



LE DIRECTEUR DU VAL-DE-GRACE PRONONÇANT SON DISCOURS.

Autour du groupe de bronze qui immortalise nos frères obscurs les brancardiers, une garde d'honneur dresse pour la première fois la haie multicolore des drapeaux. Ce sont les fanions des groupes de brancardiers divisionnaires décorés de la Croix de Guerre et qui, en ce jour, ont quitté les voûtes du Musée du Val-de-Grâce où ils sont religieusement conservés, pour venir flotter au gai soleil, portés par d'anciens brancardiers, blessés et décorés, de la Grande Guerre.

En face d'eux, a pris place le Président de la République, accompagné de Mme Millerand. Aux côtés du chef de l'État, se groupent M. A. Maginot, Ministre de la Guerre, le Maréchal Joffre, le Préfet de la Seine et le Préfet de Police, le Président du Conseil Municipal, le Général Berdoulat, commandant le Gouvernement militaire de Paris. Les familles des morts sont au premier rang de l'assistance ; derrière elles, les représentants de Ministres et de Maréchaux, l'État-Major général de l'Armée, les Généraux et Commandants des grandes Écoles militaires; les Médecins inspecteurs généraux : Sieur, Président du Comité technique de Santé; Vincent, Inspecteur des Services d'épidémiologie et d'hygiène de l'Armée; Toubert, Directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre; Rouget, Directeur du Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris; les Médecins inspecteurs de l'Armée.

Le Parlement, l'Académie de Médecine, les Facultés de Médecine de Paris et de Lyon, les Sociétés médicales et les Corps savants, le Corps médical parisien, les Sociétés de la Croix-Rouge et les Œuvres de guerre comptent de nombreux représentants auxquels se joignent les Délégations d'infirmiers et d'infirmières militaires, de blessés et de grands mutilés de guerre.

M. César Caire, Président du Conseil Municipal de Paris, prit le premier la parole pour remettre au Médecin-Inspecteur Jacob, Directeur du Val-de-Grâce, le groupe « *Dans les boues de la Somme* ». Il souligna d'abord, en un style vibrant, la grandeur de la tâche qui était échue, dans la guerre dernière, au personnel du Service de Santé :

C'est une cruelle chose que la guerre et, certes, jamais guerre ne fut plus cruelle que celle dont nous venons de subir la longue épreuve.

Mais l'Armée immense de nos combattants, lorsqu'elle opposait à l'ennemi l'inébranlable rempart de ses poitrines, était soutenue par l'orgueil qui l'exaltait. Lorsque venait l'heure d'attaquer et de donner carrière à la fougue française, alors, toutes les souffrances dont elle avait été victime disparaissaient dans l'ivresse du combat et, bientôt, dans l'enthousiasme de la victoire.

Les médecins, les pharmaciens, les officiers d'administration, les brancardiers ne voyaient, jour après jour, que la face affreuse de la guerre.

... Au cours des guerres précédentes, les combats se déroulaient avec la rapidité d'un drame, et le rôle du médecin, du brancardier, commençait quand la voix du canon s'était tue. Dans la dernière guerre, les batailles étaient sans fin. Pendant des jours et des nuits, elles faisaient pleuvoir sur les tranchées des orages de fer et de feu. Alors, la place du médecin, du brancardier, était à côté du combattant dans la tranchée et, au moment de l'assaut, on les voyait, soumis aux mêmes périls, accompagner les vagues humaines.

... Inclinons-nous très bas devant la mémoire de ces vaillants qui ont été, eux aussi, à leur rang et dans leur ordre, les ouvriers de la Victoire.



L'APPEL DES MORTS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Puis, s'adressant au Directeur du Val-de-Grâce, M. César Caire ajouta :

En installant ce monument à l'entrée du Musée du Val-de-Grâce, de façon qu'il accueille vos visiteurs et leur propose un grave sujet de méditation, vous avez obéi au même sentiment surgi des profondeurs de l'âme française, qui a désigné pour servir de tombe au soldat inconnu, le lieu le plus glorieux de notre capitale, l'Arc de triomphe de l'Étoile.

Vous avez entendu signifier que, dans l'armée qui a assisté et secouru les combattants, comme dans l'armée qui a combattu, si chacun a fait son devoir, souvent même plus que son devoir, le véritable vainqueur de la guerre est le *poilu*, le héros isolé ou collectif qui a donné ses souffrances, son abnégation, son sacrifice, pour la lutte et la victoire de la Patrie.

Le Médecin-Inspecteur Viry, Président de la Société amicale des anciens élèves du Val-de-Grâce remit à son tour à cette Maison les tables commémoratives des officiers du Corps de Santé Militaire morts pour la France.

Il exprima, au nom de cette association, ses regrets de n'avoir pu inscrire sur les tables les noms des morts des officiers du Service de Santé de complément « religieusement conservés dans une autre enceinte ».

Nous avons tenu cependant, dit-il, à rappeler leur mémoire par une mention collective, afin de montrer que nous ne saurons jamais oublier la confraternité et la camaraderie qui doivent nous rapprocher dans la vie quotidienne, comme elles nous ont unis pendant les jours de la lutte.

...Nos camarades du cadre complémentaire nous ont apporté le nombre et de très hautes valeurs scientifiques. Désormais, les officiers de Santé des réserves seront, en paix comme en guerre, d'inséparables collaborateurs de ceux de l'active.

Alors eut lieu au milieu du recueillement général, l'appel des morts, lu par un médecin stagiaire de l'École, mutilé de guerre, et Mme Millerand choisit cet instant émouvant pour venir déposer au pied du monument une gerbe de fleurs.

Le Médecin-Inspecteur Jacob, Directeur du Val-de-Grâce, après avoir remercié la Ville de Paris et la Société des anciens élèves du précieux dépôt qu'elles lui confiaient, fit l'éloge des brancardiers militaires :

C'est bien eux, les épaules meurtries par la perche à peine équarrie qui supporte une toile de tente — pauvre brancard improvisé sur lequel gît un blessé — les muscles raidis par l'effort qu'ils font pour s'arracher de la boue gluante dans laquelle ils s'enfoncent... Ils se hâtent, parce qu'ils savent que de la rapidité de la relève et du transport, dépend en grande partie la vie de leur blessé. C'est pourquoi, malgré les projectiles qui tombent autour d'eux, parmi eux, ils vont, aussi vite que leurs forces le leur permettent, vers l'abri où les blessés trouveront le calme et la guérison. Ah ! les braves gens !

Neuf mille d'entre eux sont couchés sur les champs de bataille mais, grâce à eux, plus de 500.000 blessés ont pu rejoindre leur poste de combat et jouer un rôle considérable, aux heures graves de 1918, où les chefs comptaient un à un les hommes restés entre leurs mains pour endiguer le flot ennemi. Aussi les brancardiers ont-ils été, eux aussi, les artisans de la victoire.

On a trouvé le même dévouement chez les infirmiers, les infirmières, les aumôniers. Quant à leurs chefs : médecins, pharmaciens, officiers d'administration, ceux du cadre complémentaire comme ceux du cadre actif (car tous n'ont formé qu'une même famille et ont droit à la même reconnaissance) l'orateur laisse aux chefs suprêmes de l'Armée de la Victoire le soin d'apporter leur témoignage et il se borne à citer celui des Maréchaux Foch et Pétain, véritable titre de noblesse que le Musée du Val-de-Grâce conserve pieusement parmi ses souvenirs de la Grande Guerre.

M. André Maginot, Ministre de la Guerre, prit alors la parole au nom du Gouvernement, de l'Armée et des blessés.

Il rappela que dans cette cérémonie, les médecins de complément étaient confondus avec ceux de l'active dans le même hommage de reconnaissance.

Parlant des premiers :

Vous avez bien fait et pieusement agi, dit-il, en honorant la mémoire de ces vaillants qui ont été pour le Service de Santé de si précieux collaborateurs. Notre reconnaissance ne distingue pas entre eux et ceux dont nous venons d'entendre les noms. Frères dans le même sacrifice de la guerre, nous les associons dans un même hommage... Les uns comme les autres ont bien mérité de la Patrie et de l'Humanité !

...Ceux qui leur doivent la vie et dont le témoignage seul importe, ne se rappelleront pas s'il y a eu des médecins de l'active et des médecins de réserve, ils ne se souviennent que d'une chose qu'ils n'oublieront jamais, c'est qu'il s'est trouvé dans les ambulances et les hôpitaux militaires

pour les secourir aux heures de souffrance et de désespoir, des hommes bienfaisants et d'une grande science ayant le sens de la fraternité humaine et sachant la pratiquer.

Au souvenir de ces médecins, il unit celui des brancardiers « dont le sacrifice a souvent surpassé en grandeur les actions les plus éclatantes », des infirmiers « morts victimes de leur dévouement », des infirmières de guerre « ces femmes admirables qui, jusqu'à la zone de mort, nous apportaient leur réconfort et dont les douces mains ont apaisé tant de souffrances ».

« C'est à tous ces braves gens et vaillants cœurs, conclut M. Maginot, officiers, soldats et auxiliaires du Service de Santé que s'adresse notre hommage ».

Enfin, le Président de la République se leva pour remettre au Val-de-Grâce la Croix de Guerre que venait de lui décerner le Ministre, avec cette citation à l'ordre de l'Armée qui, suivant les paroles du Chef de l'État, traduit éloquemment les sentiments de la France :

Fidèle à ses nobles traditions, l'École du Service de Santé militaire du Val-de-Grâce a su inspirer le culte de la science et l'esprit de sacrifice aux officiers du Corps de Santé militaire qui, par l'admirable dévouement et l'abnégation dont ils ont fait preuve au cours de la Grande Guerre, se sont acquis des titres impérissables à la reconnaissance du pays.

Puis, M. Millerand, suivi de toute l'assistance, se rendit, avant de quitter le Val-de-Grâce, devant les tables commémoratives apposées dans les galeries du cloître et autour desquelles se groupait une garde d'honneur composée d'élèves médecins et pharmaciens de l'École de Lyon, d'élèves de l'École d'administration de Vincennes, d'infirmiers, d'infirmières militaires et de délégations des trois Sociétés de la Croix-Rouge.

* * *

Il nous a plu de clore, par le récit de cette commémoration un ouvrage dédié, depuis ses pages liminaires, à la *Science* et au *Dévouement* de ceux et de celles à qui plus d'un million de Français doivent aujourd'hui la santé ou la vie.

Car ce geste pieux accompli le 29 mai 1922 dans l'antique monastère du Val-de-Grâce est fécond en enseignements et contient un symbole.

Ce n'est point en vain que se seront accomplis les rites par lesquels le chef de l'État, le Gouvernement de la République et les chefs suprêmes de l'Armée, précédant les Sociétés savantes, le Corps médical français et le Service de Santé militaire, seront venus dans cette Maison, lourde de tout un passé, s'incliner devant la vaillance des sauveurs d'hommes, qui ont payé du prix de leur vie le salut de leurs frères d'armes.

Ce n'est point un protocole, mais un élan du cœur qui a réglé l'ordonnance de cette cérémonie; réservé la place d'honneur au *poilu* du Service de Santé qui, le premier, fut à la peine; confondu dans le même hommage les officiers de Santé de complément et de l'active, qui au front ne firent qu'un; uni indissolublement à leur mémoire celle des infirmiers et des infirmières qui furent pour eux d'indispensables et d'admirables auxiliaires.

Ce geste, disions-nous, contenait un symbole et un enseignement.

Le symbole, c'est l'égalité de la reconnaissance que garde le Pays à tous ceux, hommes de science et de devoir, femmes dévouées et patientes, qui durant quatre ans personnifièrent auprès des victimes de l'affreux carnage, la charité et la fraternité humaines.

L'enseignement nous vient des leçons de cette guerre qui démontra — combien cruellement — la nécessité de l'éternelle loi de l'entr'aide, les bienfaits de l'entente entre ceux que divisait hier le malentendu des luttes quotidiennes, le miracle que peut accomplir la mise en commun de tous les dévouements et de tous les savoirs, lorsque, au-dessus des menues rivalités personnelles, se hausse l'intérêt primordial du Pays.

Puisse cette grande leçon de paix être la rançon, chèrement achetée, de la plus grande guerre.



LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE REMET LA CROIX DE GUERRE A L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

HOMMAGE AUX MORTS DU SERVICE DE SANTÉ

S'il est vrai que ceux qui nous ont quittés conservent outre-tombe la vision d'ici-bas, les morts glorieux du Service de Santé ont dû connaître une immense joie à savoir que la grandeur de leur sacrifice n'était pas demeurée inconnue, que le Pays leur gardait une reconnaissance infinie pour l'holocauste qu'ils avaient librement consenti et surtout que leurs frères d'armes, survivants privilégiés de la grande mêlée, conservaient pieusement le souvenir des vertus dont ils avaient légué l'exemple.

Mais peut-être leur sera-t-il plus précieux encore de voir l'union des efforts perpétuée par le cataclysme qui, aux heures de péril, avait groupé tous les cerveaux et tous les cœurs ; d'apprendre ainsi que, héros de la Guerre, ils auront aussi été les meilleurs artisans de la Paix.

Médecin-major MONÉRY.



TABLE DES MATIÈRES

G. de Malherbe et C[ie], Paris.





